



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

ARIANE ALVES BARROS

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADORES DE
PESSOAS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

FORTALEZA – CEARÁ

2016

ARIANE ALVES BARROS

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADORES DE
PESSOAS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em 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

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Barros, Ariane Alves.

Modelo de cuidado de enfermagem para cuidadores de pessoas vítimas de acidente vascular encefálico [recurso eletrônico] / Ariane Alves Barros. - 2016.
1 CD-ROM: 4 ¼ 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, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

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

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Cuidadores. 3. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 4. Estudos de Validação. 5. Cuidados de Enfermagem. I. Título.



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Ariane Alves Barros**
realizada no dia 28 de janeiro de 2016.

Ao vigésimo oitavo dia do mês de janeiro do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Maria Vilani Cavalcante Guedes, Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho e Thereza Maria Magalhães Moreira sob a presidência da primeira, perante a qual, a Mestranda, **Ariane Alves Barros** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "Modelo de Cuidado de Enfermagem para Cuidadores de Pessoas Vítimas de Acidente Vascular Encefálico". A defesa da referida Dissertação ocorreu das 14:10 as 15:30, tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda APROVADA, por sua Dissertação e defesa pública.
Eu, Maria Vilani Cavalcante Guedes que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fé.

Maria Vilani Cavalcante Guedes
Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE
(Orientadora e Presidente)

Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho
Profa. Dra. Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho - UFC
(1º membro)

Thereza Maria Magalhães Moreira
Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira - UECE
(2º membro)

Dedico este trabalho, principalmente, a Deus, Santo Expedito e a Nossa Senhora de Fátima. Dedico também este trabalho aos meus pais, a meus irmãos, às minhas tias (Liduína e Rita), ao meu noivo (Felipe) e aos meus avós (3 in memoriam).

Dedico a vocês minhas conquistas, meu respeito, confiança e, acima de tudo, meu amor e gratidão eterna!

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, Santo Expedito e a Nossa Senhora de Fátima, que sempre me fizeram acreditar que eu podia alcançar meus objetivos se não me faltasse fé e força para lutar.

À minha mãe, que me deu seu amor incondicional, vibrou a cada vitória e me apoiou em cada derrota. Agradeço a Deus por ela existir e por ela ter me dado a melhor ideia do que é o amor incondicional.

Ao meu pai, que é exemplo de pai batalhador, que, mesmo após todas as dificuldades que apareceram, soube ser forte e dar para sua família o que há de melhor. Agradeço a Deus por ele existir e por ele ter me dado, juntamente com minha mãe, a melhor ideia do que é o amor incondicional.

Aos meus irmãos, meus pequenos, que já não são tão pequenos assim, agradeço a Deus por tê-los colocado em minha vida, afinal o que somos sem ter alguém para partilhar nossas vitórias e dores, e para amar incondicionalmente mesmo com personalidades tão distintas.

Aos meus avós, prova viva do amor de uma família, a sabedoria em forma de gente, agradeço por todo amor, confiança e orações que dedicam a mim. Mas, principalmente, a minha avó Maria das Dores (in memoriam), minha vizinha, que sempre se faz presente mesmo estando longe. Obrigada, meu Deus, por tê-los colocado em minha vida.

Às minhas madrinhas, Rita e Liduina, por serem minhas “segundas” mães e me darem todo o amor do mundo, agradeço a Deus pela vida de vocês.

Ao meu amigo e noivo Felipe, por todo seu apoio e por todos os momentos que não partilhamos porque eu precisava estudar, agradeço pelo seu amor e apoio incondicional, e por ter me ensinado a ver a vida sempre positivamente.

Às minhas tias, tios, primos, primas e amigos por torcerem pelo meu sucesso e lembrarem de mim em suas orações.

À minha orientadora e professora Vilaní Guedes, por ser exemplo de pessoa e profissional, agradeço por ter me repassado um pouco de seus conhecimentos. Obrigada, professora, por ter sido mais que uma orientadora, uma amiga, e por ter me ensinado a amar minha profissão.

Aos meus colegas de sala pela compreensão, apoio e paciência. E a todos os amigos e amigas que, de algum modo, estiveram presentes nessa minha caminhada.

A todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica e profissional.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação, Aline, Alécio e Fernanda, por toda paciência e dedicação durante estes dois anos do mestrado.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a todos os profissionais e pacientes que fizeram parte desta pesquisa.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

(Florence Nightingale)

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode comprometer o paciente nas funções motores, cognitivas e intelectuais. Nesse contexto, o paciente necessitará que suas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) sejam supridas, surgindo, assim, o papel do cuidador. Para auxiliar o cuidador na organização do seu cuidado, o profissional de saúde pode fazer uso de uma tecnologia educativa que o ajude a identificar as principais necessidades do paciente e a prestar um cuidado mais seguro e completo. Objetivou-se construir e validar o conteúdo, a aparência e a legibilidade de uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas vítimas de AVE a partir da identificação das NHBs preconizadas por Wanda Horta. Tratou-se de um estudo metodológico, que foi realizado em um Hospital Terciário de Referência em Fortaleza-Ceará. A coleta de dados da primeira etapa ocorreu de junho a agosto de 2015, com amostra de 92 pacientes, por meio de um formulário elaborado com base na Teoria das NHBs de Wanda Horta. Os dados qualitativos da primeira etapa foram transcritos e submetidos à análise descritiva e os quantitativos foram tabulados em banco de dados do Excel apresentados em tabelas e gráficos, e interpretados com base na Teoria de Horta. A análise desses dados fomentou a elaboração cartilha educativa, que, após criada, foi enviada a 17 juízes responsáveis pela sua validação de conteúdo e aparência, segunda etapa do estudo. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer Nº 1.082.121, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante, sob Parecer Nº 1.115.042. As NHBs psicobiológicas mais afetadas foram nutrição; locomoção, mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; exercício e atividade física; ambiente; e abrigo; a psicossocial foi a de comunicação; e não teve-se nenhuma psíquica afetada. A cartilha recebeu o nome de: “Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?” e foi validada por sete juízes especialistas, sete juízes técnicos e três juízes da área de design e marketing. O IVC global da cartilha foi de 0,89 e o percentual de escores do instrumento da área de design e marketing ficou acima dos 40%, servindo para comprovar que a tecnologia educativa criada é adequada. Logo, pode-se concluir que as NHBs, quando identificadas e discutidas, tornam-se um meio de fornecer melhor qualidade de vida aos pacientes vítimas AVE e que a tecnologia educativa pode auxiliar o cuidador no cuidado mais eficaz e individualizado a esses pacientes.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidadores; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Estudos de Validação; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

A stroke might compromise the patients' motor, cognitive, and intellectual functions. In this context, the patient will need to have their Basic Human Needs (BHN) met, hence the role of caregivers. To assist the caregiver in organizing their care, health professionals may use an educational technology seeking to identify the main needs of patients and provide a safer and more complete care. This study aimed to build and validate the content, appearance, and legibility of an educational booklet for caregivers of stroke victims from the identification of BHN recommended by Wanda Horta. A methodological study conducted in a Reference Tertiary Care Hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. On the first stage, data collection occurred from June to August 2015, in a sample of 92 patients, using a form prepared based on the Wanda Horta's Theory of Basic Human Needs. Qualitative data from the first stage were transcribed and submitted to descriptive analysis and quantitative data were tabulated in Excel database presented in tables and graphs, and interpreted based on Horta's Theory. This analysis enabled to develop the educational booklet, which was later sent to 17 judges responsible for their content and appearance validation, corresponding to the second stage of the study. The Research Ethics Committee of the State University of Ceará approved the study under protocol No. 1,082,121, along with the Research Ethics Committee of the Co-participant Institution, under protocol No. 1,115,042. The most affected psychobiological BHN were feeding; locomotion, body mechanics; motility; body care; exercise and physical activity; environment; and shelter. As for the psychosocial: communications. While the psychospiritual did not have any affected. The booklet was called "Stroke. It happened, now what?" and was validated by seven expert judges, seven technical judges, and three judges of design and marketing. The booklet's global CVI was 0.89 and the percentage of the design and marketing scores instrument was above 40%, thus proving the adequacy of the educational technology created. Therefore, we can conclude that once we identify and discuss the BHN, they become essential to provide a better quality of life for stroke victims, and that educational technology can assist caregivers in providing the most effective and individualized care to these patients.

Keywords: Stroke; Caregivers; Health Services Needs and Demand; Validation Studies; Nursing Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Divisão dos juízes segundo a sua função durante a validação	67
Quadro 2	Critérios de seleção para juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) em enfermagem	69
Quadro 3	Critérios de seleção para juízes técnicos	70
Quadro 4	Divisão final dos juízes segundo a sua função durante a validação	70
Quadro 5	Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade de Flesch (ILF) (adaptação para textos em português)	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza – CE, 2015	37
Tabela 2	Histórico pessoal de doenças crônicas dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza–CE, 2015	40
Tabela 3	Intervalo, média e desvio padrão de dados vitais, incluindo o Índice de Massa Corporal dos pacientes estudados. Fortaleza-CE, 2015	45
Tabela 4	Alterações de mobilidade dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza – CE, 2015	51
Tabela 5	Dados do sistema cardiovascular dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza-CE, 2015	53
Tabela 6	Características dos juízes de conteúdo e especialistas. Fortaleza – CE, 2015	73
Tabela 7	Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto aos objetivos da cartilha. Fortaleza – CE, 2015	74
Tabela 8	Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto à estrutura e apresentação da cartilha. Fortaleza – CE, 2015	76
Tabela 9	Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto à relevância da cartilha. Fortaleza – CE, 2015	78
Tabela 10	Características dos juízes da área de design e marketing. Fortaleza – CE, 2015	79
Tabela 11	Avaliação dos juízes da área de design e marketing acerca dos itens que compõem a cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015	80
Tabela 12	Avaliação do Índice de Legibilidade de Flesch da cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015	85
Tabela 13	Correção do português da cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015	88
Tabela 14	Avaliação do Índice de Legibilidade de Flesch das sentenças modificadas após a correção do português da cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015.	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos fatores de risco dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza-CE, 2015	43
Gráfico 2	Grau de dependência dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza – CE, 2015	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DP	Desvio Padrão
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DR	Doença Renal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
ILF	Índice de Legibilidade de Flesch
IMC	Índice de Massa Corporal
IVC	Índice de Validade do Conteúdo
NHBs	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SAM	Suitability Assessment of Materials
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES AFETADOS	21
3.2	O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O PAPEL DO CUIDADOR	24
3.3	CARTILHA EDUCATIVA	27
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	29
4.1	TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	29
4.2	METODOLOGIA	31
4.2.1	Tipo de estudo	31
4.2.2	Local do Estudo	32
4.2.3	Período de Coleta de dados	32
4.2.4	População e amostra	32
4.2.5	Instrumento de coleta de dados	33
4.2.6	Aspectos Éticos e Legais	34
5	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES VÍTIMAS DE AVE	36
5.1	DESCRIÇÃO DOS PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	36
5.2	FATORES DE RISCO, SINAIS VITAIS E O QUE SENTIRAM NO MOMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	43
5.3	NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	49
6	CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA	57
6.1	CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA	57
6.2	AMOSTRA DE JUÍZES DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA	67
6.3	VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA	71
6.4	ANÁLISE DOS DADOS DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA FRENTE AOS JUÍZES DE CONTEÚDO E	

	ESPECIALISTAS.....	72
6.5	ANÁLISE DOS DADOS DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA FRENTE AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DESIGN E MARKETING	79
6.6	CORREÇÃO DA CARTILHA APÓS AS SUGESTÕES DOS JUÍZES	80
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	110
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	111
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)	115
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ACOMPANHANTE)	116
	APÊNDICE D – CARTA CONVITE	117
	APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICOS ESPECIALISTAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM	118
	APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA JUÍZES TÉCNICOS ESPECIALISTAS NA ÁREA DE PROPAGANDA E MARKETING	121
	APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)	123
	ANEXOS	124
	ANEXO 1 – MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PACIENTES CRÍTICOS (BORDINHÃO, 2010)	125
	ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)	126
	ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	129

1 INTRODUÇÃO

A arte do enfermeiro de cuidar não provém somente da sua habilidade, mas também dos conhecimentos adquiridos na universidade durante a formação e no decorrer da vida profissional/pessoal. Quando conhecimentos e habilidades estão em sintonia, o cuidado prestado ao paciente pelo enfermeiro torna-se integral, humanizado e seguro.

Este cuidado, desenvolvido pelos enfermeiros, deve ser considerado algo complexo, que envolve os vários saberes da profissão, capaz de ultrapassar o modelo biomédico existente, em busca da valorização da singularidade de cada paciente (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

A incorporação de saberes e valores dos pacientes ao cuidado prestado pelos enfermeiros ampliou o seu processo de trabalho, pois, por meio desta ação, há apreensão das necessidades do paciente para além do corpo, elaborando ações voltadas à prevenção, cura e reabilitação (SILVEIRA et al., 2013).

Nesta perspectiva, o cuidado se torna essencial para a nova realidade que a sociedade vive na atualidade, de prevalência de doenças crônicas, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerado, atualmente, a doença responsável pela primeira causa de mortes registradas no país (BRASIL, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2011, foram realizadas 179.185 internações por AVE, que custaram R\$ 197,9 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o número de vítimas fatais chegou a quase 100 mil pessoas: passando de 84.713 no ano 2000, para 99.726 em 2010 (BRASIL, 2012a).

Trata-se da doença mais habitual e avassaladora que afeta o encéfalo, sendo capaz de gerar diversos comprometimentos motores e sensoriais (POMPEU et al., 2011). A ocorrência ou não de sequelas reversíveis e/ou irreversíveis dependem do tipo de AVE, de qual área do cérebro foi afetada e da extensão da lesão, mas também de outros fatores determinantes na recuperação do paciente pós-AVE, como a rapidez e precisão no diagnóstico e tempo de instituição da terapêutica.

O paciente vítima de AVE pode apresentar sequelas (reversíveis ou irreversíveis), tendo, assim, seu quadro de dependência modificado, pois dependerá de outras pessoas para que suas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) sejam supridas. E, tomando como base a Teoria das NHBs de Wanda Horta, este paciente poderá ter um cuidado focado nas suas reais necessidades de saúde.

Wanda Horta fundamentou-se na Teoria da Motivação Humana de Maslow, que dividiu as necessidades e as classificou de acordo com uma pirâmide, tendo na base as necessidades fisiológicas, seguidas pelas de segurança, amor/relacionamento, estima e as de realização pessoal (OLIVEIRA, 2012). Mas Horta preferiu classificar as necessidades considerando a divisão proposta por João Mohana: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2011).

Baseando-se nas necessidades propostas no modelo de Horta, o cuidado a pacientes vítimas de AVE se torna mais simplificado ao ser realizado, com foco no que é urgente, como o equilíbrio psicobiológico, com posterior reestruturação das demais dimensões, auxiliando na avaliação das prioridades, mas sem esquecer suas demais necessidades. A teoria de Horta também pode auxiliar ao profissionais de saúde a verificar as NHBs de cada paciente e a ensinar para o cuidador como cuidar deste paciente.

Considerando o contexto do cuidado prestado ao paciente vítima de AVE e a possibilidade dele receber alta hospitalar ainda com sequelas da doença, cabe aos profissionais de saúde, ainda durante a hospitalização, empoderar o provável cuidador, envolvendo-o nos cuidados prestados ao paciente, pois, posteriormente, a recuperação deste paciente ocorrerá no domicílio.

Porém, a volta para casa traz uma nova perspectiva para o paciente e seus cuidadores, e o processo de cura se transforma em processo de cuidado. E, no caso de cuidadores da família, cada núcleo familiar é singular, idealizando o cuidado de modo diferente, a depender das suas condições financeiras, de conhecimentos, hábitos, costumes, linguagens, crenças, ambiente familiar e da relação construída com o paciente (RODRIGUES et al., 2013a).

Cuidar não é fácil, requer modificações na vida e realização de funções complexas. Logo, o cuidador tem que ser dotado de qualidades inerentes ao cuidar, como amor à humanidade, solidariedade e doação para com o outro (ARAÚJO et al., 2012). E, por meio do aprendizado da Teoria das NHBs, esse cuidador é preparado para detectar as necessidades do paciente, mesmo nos casos de dificuldades de comunicação verbal.

O cuidador é fundamental no processo do cuidar, podendo ser considerado, após a alta hospitalar, o principal responsável por suprir as NHBs do paciente vítima de AVE, auxiliando-o na reabilitação e proporcionando-lhe segurança e conforto. Mas, sabe-se que quando um familiar assume o cuidado de uma pessoa com muitas demandas, ele nem sempre está preparado para atendê-las, pois, ao assumir o cuidado do paciente, o cuidador vivencia novas emoções, felicidade pelo paciente estar vivo e se recuperando, mas também passa por

estresse, angústia e tristeza profunda por estar abdicando de cuidar de si para cuidar do outro (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

O cuidador também teme prestar um cuidado errado ao paciente, o que é confirmado no estudo de Araújo et al. (2011), no qual 30% dos cuidadores alegaram sentir-se inseguros e incapazes de realizar intervenções, pois tinham o receio de provocar falhas no cuidar e agravar o estado de saúde do paciente.

Assim, fica explicitada a importância dos profissionais de saúde ensinarem ao cuidador a identificar as principais necessidades dos pacientes e como deve ser a prestação de cuidados a esse paciente vítima de AVE, oferecendo também suporte e apoio às necessidades da família como um todo (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

Porém, mesmo ciente de todas as orientações que devem ser fornecidas ao cuidador para o cuidado domiciliar, os profissionais de saúde ainda deixam lacunas ou ofertam apenas uma abordagem educativa inicial, tornando-se indispensável a elaboração e implantação de um plano de orientações para este cuidador visando a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar e a diminuição da sobrecarga a ele imposta (CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011; RODRIGUES et al., 2013a; PEREIRA et al., 2013).

Assim, fica apontada a necessidade de elaboração de uma tecnologia educativa que proporcione suporte de cuidados para o cuidador e para o paciente. E, se esta tecnologia vier composta a partir das NHBs identificadas no paciente vítima de AVE, o cuidado prestado pelos cuidadores poderá ser mais seguro e completo, pois as necessidades mais urgentes serão priorizadas e as demais serão resolvidas por conseguinte, sem haver prejuízo algum para o paciente.

No presente estudo, a tecnologia educativa proposta foi uma cartilha educativa porque ela permite a compreensão dos mais diversos públicos, incluindo os que não têm escolaridade, auxiliando também no fortalecimento das orientações fornecidas aos familiares e/ou pacientes (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; ECHER, 2005). Uma cartilha surge nesse contexto como uma estratégia de complementação às orientações transmitidas oralmente pelos profissionais durante as práticas de saúde, devendo ser capaz de ajudar na autonomia dos pacientes e dos familiares, aumentando os seus conhecimentos (ECHER, 2005, p.755; TELES, 2011).

É nesse contexto de orientações por parte dos profissionais da saúde que se revela a importância de uma cartilha educativa, pois espera-se que, quando as necessidades do

paciente forem identificadas em conjunto pelos profissionais e pela família/cuidador, o cuidar seja mais organizado e focado nas reais necessidades de cada um.

A escolha por este problema deu-se durante a realização da coleta de dados do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação da autora, intitulado: “Avaliação do diagnóstico de enfermagem autocontrole ineficaz da saúde em pacientes hipertensos vítimas de acidente vascular cerebral”, quando, pela observação informal, percebeu-se como a família, de onde são os principais cuidadores dos pacientes vítimas de AVE, fica fragilizada diante da possibilidade de o paciente receber alta hospitalar e ela não saber como cuidar dele no domicílio.

Estudo realizado em Santa Catarina, com 47 pacientes que tinham sofrido AVE, constatou que 89,4% tinham hemiparesia, 19,1% cefaleia e 27,7% não estavam orientados no tempo e no espaço no momento em que foram admitidos na unidade (MORO et al., 2013), mostrando-nos a importância de a família ser preparada para prestar os cuidados necessários aos pacientes.

Além disso apreendeu-se que os pacientes e seus cuidadores não sabem claramente o que é o AVE e sua evolução, mostrando a necessidade de preparação do cuidador, por parte dos profissionais de saúde, na orientação acerca dos cuidados que deverão ser continuados no domicílio após a alta hospitalar.

Assim, acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente vítima de AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cuidados, pois seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado integral, pleno e individualizado.

A pesquisa também favorecerá que os profissionais de saúde percebam a importância de esclarecer as dúvidas dos cuidadores acerca das diversas nuances do paciente vítima de AVE que será por ele cuidado após a alta hospitalar. Além de que, haverá a produção de mais conhecimentos para a comunidade científica e para a população.

2 OBJETIVO

- Construir e validar o conteúdo, a aparência e a legibilidade de uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas vítimas de Acidente Vascular Encefálico a partir da identificação das necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode acometer o paciente deixando-o com sequelas e com suas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) afetadas. Neste contexto, surge a importância de conhecer as suas necessidades e salientar o valor dos cuidadores na prestação do cuidado, visto que eles serão os responsáveis por fornecer ao paciente cuidados que revertam ou minimizem as necessidades afetadas.

Porém, nem todos os cuidadores sentem-se capazes de realizar o cuidado, necessitando que os profissionais de saúde, capacite-os de modo seguro e claro para a prestação de cuidados mais eficientes e eficazes.

3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES AFETADOS

O AVE tem ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas, gerando um comprometimento neurológico focal e, às vezes, global, tendo provável origem vascular (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2006). Ele pode afetar diferentes regiões do cérebro por derrames e/ou oclusões de artérias, e suas complicações dependem exatamente do local e da extensão da lesão, do tempo que houve até o diagnóstico e as primeiras condutas tomadas diante do problema.

Ele pode ser subdividido em dois tipos: o AVE isquêmico (AVEi), que corresponde a, aproximadamente, 85% dos casos, onde há uma oclusão vascular e hipoperfusão, isto é, há interrupção do fluxo sanguíneo para a área cerebral que o vaso sanguíneo ocluído irrigava; e o AVE hemorrágico (AVEh), que corresponde a 15% dos casos, e onde existe um extravasamento de sangue para o cérebro ou para o espaço subaracnóide, porém, devido a hemorragia, podem existir complicações maiores como aumento da pressão intracraniana e edema cerebral (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O aparecimento dos primeiros sinais e sintomas do AVE pode demorar minutos ou horas, a depender do local, tipo e extensão da lesão, porém, devido a sua alta taxa de mortalidade, ocupando em 2012 o primeiro lugar no ranking geral de óbitos no Brasil, e sua capacidade de trazer sequelas emocionais, físicas, comunicativas e/ou funcionais, é essencial que os profissionais estejam capacitados para ofertar um cuidado rápido e preciso (BRASIL, 2012a).

Para o Ministério da Saúde, o sinal mais comum de AVE na fase adulta é a “fraqueza repentina ou dormência na face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo” (BRASIL, 2013, p.8).

Mas outros sintomas também podem ser percebidos:

Outros sinais frequentes incluem: confusão mental, alteração cognitiva, dificuldade para falar ou compreender, engolir, enxergar com um ou ambos os olhos e caminhar; distúrbios auditivos; tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça intensa, sem causa conhecida; diminuição ou perda de consciência. Uma lesão muito grave pode causar morte súbita. (BRASIL, 2013, p.8)

O principal diagnóstico na hora da urgência/emergência é o clínico, por meio de verificação de déficits focais, com ou sem distúrbio de consciência. E, a confirmação do diagnóstico inicial, pode ser realizada mediante exames de imagem como tomografia computadorizada de crânio, angiografia, angioressonância ou angiotomografia, eletrocardiograma, ecocardiograma transtorácico/transesofágico, doppler transcraniano, ressonância magnética e, laboratoriais, como hemograma, glicemia, tempo parcial de tromboplastina ativada, atividade de protrombina e tipagem sanguínea (BRASIL, 2013; MISULIS; HEAD, 2008).

A realização desses e de outros exames complementares são úteis tanto para o tratamento imediato do AVE, como para a posterior avaliação das sequelas e possíveis formas de tratamento a serem indicados ao paciente. O tratamento tem o objetivo de fazer com que o paciente saia do quadro de AVE sem comprometimentos ou com o menor número de sequelas possíveis.

E, nesse contexto, as ações realizadas pelos profissionais de saúde têm um custo-benefício visível, pois o ônus com este tipo de tratamento é grande, devendo existir racionalização dos gastos sem prejudicar a melhoria do estado geral de saúde do paciente que sofreu o AVE. Porém, mesmo com estas ações e todas as tecnologias existentes para um diagnóstico rápido e preciso, alguns pacientes não conseguem se recuperar totalmente após o AVE.

O Ministério da Saúde, em 2013, publicou as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, e nelas estão contidas algumas das principais sequelas e/ou alterações após AVE, e dentre elas podemos destacar: déficit sensorio motor; limitação de atividades de vida diária; comunicação; déficit cognitivo; e distúrbios no humor (BRASIL, 2013).

O déficit sensório motor engloba disfagia, paralisia facial, fraqueza muscular, déficits de sensibilidade, alterações visuais e limitação de atividades motoras e funcionais. A disfagia é uma dificuldade na deglutição e que pode levar à desidratação, complicações pulmonares e nutricionais, a paralisia facial é uma sequela frequentemente observada pós-AVE, onde há diminuição dos movimentos faciais da hemiface acometida, podendo gerar alterações também na deglutição e fonação do paciente (BRASIL, 2013; SILVA; DANTAS; FÁBIO, 2010; COSTA et al., 2010; STROKE ASSOCIATION, 2012).

A fraqueza muscular, que corresponde a um dos principais fatores para a incapacidade pós-AVE e pode resultar em uma mobilidade física reduzida, interferindo no autocuidado do paciente até a sua vida social, os déficits de sensibilidade geram alterações no tato, dor, sensação térmica, e em outros aspectos relacionados às modalidades perceptivas e proprioceptivas, as alterações visuais englobam desde a perda da visão central, do campo visual, problemas com movimentos oculares a problemas de processamento visual e limitação de atividades motoras e funcionais, que envolve aspectos relacionados à manutenção corporal e transferências (BRASIL, 2013; SILVA; DANTAS; FÁBIO, 2010; COSTA et al., 2010; STROKE ASSOCIATION, 2012).

A limitação de atividades de vida diária, caracterizada por dificuldades em tomar banho, em realizar a higiene pessoal e vestir-se, fazem com que o paciente perda sua independência para realizar atividades cotidianas (BRASIL, 2013). A comunicação, caracterizada por afasia, afetando o conteúdo, forma e uso da linguagem oral e escrita; dispraxia oral e dispraxia de fala, definidas como alterações relacionadas ao planejamento motor voluntário, no qual o paciente apresenta dificuldade em posicionar e sequenciar os movimentos musculares; e disartria, que pode comprometer o entendimento da fala do paciente que sofreu AVE, pois há alteração na articulação e/ou fonação (BRASIL, 2013).

O déficit cognitivo tem grande influência no desempenho ocupacional do paciente, pois ele pode causar alterações relacionadas a memória, atenção, linguagem, cálculo, orientação temporal e espacial, funções executivas, negligência, apraxia e agnosia (BRASIL, 2013). E, os distúrbios no humor que têm, geralmente, início tardio, são caracterizados por crises de choro e/ou riso incontrolável e estereotipadas (BRASIL, 2013).

Essas sequelas estarão presentes em pelo menos dois terços dos pacientes que tiveram AVE e sobreviveram, tornando-os dependentes de cuidados (ANDRADE et al., 2009). Percebe-se que há um aumento expressivo da morbidade ocasionada pelo AVE e, segundo o Ministério da Saúde, não há na literatura pesquisas que quantifiquem de modo

exato as pessoas que sofreram AVE e ficaram com alterações físicas, auditivas, visuais e intelectuais (BRASIL, 2013).

As sequelas geradas pelo AVE afetam a qualidade de vida do paciente, deixando-o com algum tipo de deficiência e interferindo na realização de suas atividades de vida diária. Em um relatório divulgado pela OMS em 2011, houve a confirmação de que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo convivem com algum tipo de deficiência e que estas têm o direito de ter acesso igualitário aos serviços de saúde, educação, emprego, entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2011).

Os pacientes vítimas de AVE, que tenham grande ou nenhum comprometimento na realização de suas atividades, precisam e também têm o direito de que suas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) sejam supridas pelos profissionais de saúde e/ou por seus cuidadores. Estas necessidades são únicas em cada paciente, necessitando que o cuidado seja individualizado e multiprofissional, e, elas podem ser melhor compreendidas mediante a abordagem proposta pela teórica de enfermagem, Wanda de Aguiar Horta.

Wanda Horta criou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas fundamentando-a em Maslow e baseando-se na divisão proposta por João Mohana, na qual o ser humano é dividido em três dimensões, de acordo com suas necessidades: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (PIRES; MÉIER; DANSKI, 2011; GOMES, 2013). Logo, o cuidado prestado na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, visa suprir as suas NHBs pelos conhecimentos teóricos/práticos, focados no paciente, na doença e nos procedimentos terapêuticos (MANIVA et al., 2013).

A Teoria das NHBs foi utilizada como referencial teórico do presente estudo, visto a sua importância para a recuperação do paciente, capacitando o profissional de saúde a fazer escolhas focadas no paciente e o cuidador a sentir-se mais apto na sua prestação de cuidados.

3.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O PAPEL DO CUIDADOR

O conceito de cuidado surge sob várias perspectivas evolutivas, porém, Silveira et al. (2013), em seu estudo, agruparam o cuidado de acordo com três abordagens teóricas: o cuidado na perspectiva humanística; o cuidado na perspectiva emancipatória; e o cuidado na perspectiva das práticas de si.

A perspectiva humanista traz o cuidado como intrínseco ao ser humano, envolvendo qualidades como desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato,

valorizando sempre a relação para com o outro, os sentimentos e as emoções; a emancipatória aborda o cuidado considerando as questões políticas e de liberdade, na qual os saberes de dois sujeitos têm que serem considerados, o do profissional e o do paciente; e a perspectiva das práticas de si trabalha o cuidado numa relação para com o outro a partir de inquietações e implicações, na qual o sujeito objetiva se apropriar de si, das suas vontades e desejos (SILVERA et al., 2013; TRASFERETTI; ZACHARIAS, 2010).

O cuidado de enfermagem também se modificou, adquirindo novos significados, transcendendo o modelo biomédico e focando no ser humano como objeto de sua ação, considerando os seus valores, cultura e crenças. Porém, este cuidado também deve ser singular, multidimensional e compartilhado inter/intradisciplinarmente (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

O enfermeiro, durante a sua prestação de cuidados, observando o paciente como um ser singular e multidimensional, percebe que existem inúmeras possibilidades de realizar seu trabalho e que há necessidade de uma relação pautada na compaixão, confiança, comprometimento. Logo, o enfermeiro deve observar que a prestação de cuidados é dinâmica e que deve partir das necessidades do paciente (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

Considerando esse contexto e o do presente estudo, ressalta-se a importância do cuidado do enfermeiro para com o paciente vítima de AVE, pois este poderá precisar de reabilitação, muitas vezes em seu domicílio, e que suas NHBs sejam supridas, visto que nem sempre ele poderá realizar os cuidados que lhes são necessários, destacando-se, assim, a importância do preparo do cuidador deste paciente.

E, para que o cuidador se sinta apto à prestação desse cuidado, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de fazer com que ainda durante a internação, exista a preparação do paciente e do cuidador para a alta hospitalar e o cuidado em casa. Afinal, é durante a internação hospitalar que os cuidadores passam a vivenciar diferentes sentimentos, como desespero, medo e insegurança (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

Cuidador é definido como sendo uma pessoa que zela pelo bem-estar e suprimento das NHBs do paciente sob sua responsabilidade, utilizando objetivos estabelecidos por profissionais de saúde (BRASIL, 2013). Existem dois tipos de cuidador: o cuidador formal, que é contratado pela família e onde estabelece-se um vínculo empregatício entre o cuidador e a família do paciente; e o cuidador informal, que, geralmente, é alguém da família ou amigo do paciente (NASCIMENTO et al., 2008).

O cuidador que vai prestar o cuidado necessário a pessoa que esteja com limitações físicas e/ou mentais, se torna fundamental na reabilitação do paciente por ser o

principal responsável por suprir as necessidades de saúde deste, estejam elas relacionadas a saúde, bem-estar, segurança e conforto, até mesmo ao respeito e incentivo ao estímulo, à autonomia e independência (ARAÚJO et al., 2011).

Ao considerarmos o suprimento das necessidades de saúde do paciente vítima de AVE e sua alta hospitalar, podemos afirmar que esta volta para casa vem permeada de sentimentos, tanto por parte do paciente com suas necessidades de saúde como por parte dos cuidadores, que geralmente são pessoas do núcleo familiar.

O paciente tem que aprender a readquirir as habilidades perdidas e procurar o seu novo papel dentro da família, e a família e/ou o cuidador, mesmo estando fragilizados, tem que aprender as novas demandas que lhes são impostas, realizando muitas vezes um cuidado intuitivo, seja por falhas na prestação do cuidar, pelas poucas ou nenhuma orientação recebida ou pelo pouco tempo de aprender a suprir as necessidades bio-psico-socio-espirituais do paciente (LESSMAN et al., 2011; OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011). Afinal, cuidar de outra pessoa exige uma mudança na vida de quem realizará o cuidado.

Cada cuidador concebe este cuidado de modo diferente, a depender dos seus conhecimentos, hábitos, costumes, linguagens, crenças, ambiente familiar e da rede de relações construídas com o paciente vítima de AVE. Cuidar, também, exige a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas, fazendo com que, frequentemente, as necessidades da pessoa que cuida fiquem em detrimento das necessidades da pessoa que recebe os cuidados (ARAÚJO et al., 2012; RODRIGUES et al., 2013a).

As tarefas realizadas pelo cuidador podem envolver desde a administração financeira da família a higiene pessoal. Porém, apesar de realizarem estas tarefas, percebe-se também que o cuidador pode passar por acontecimentos que lhe causem sofrimento, como não perceber a melhora do paciente frente a seus cuidados, podendo, assim, tornar a prestação de cuidados cansativa e frustrante, incluindo também o fato de não saber o futuro deste paciente, as incertezas quanto a própria doença e tratamento e por sentir-se impotente diante o sofrimento do ser que ele está cuidando (ARAÚJO et al., 2011; PEREIRA et al., 2013).

Segundo Araújo et al. (2011), este sentimento de incapacidade pode levá-lo a refletir sobre o seu cuidado, levando-o a aperfeiçoá-lo ou a aumentar as angústias e sofrimentos. Para eles, cuidadores, quanto mais comprometimentos o paciente apresenta, maior será o tempo voltado a ele, ressaltando, assim, a importância de ele ter informações acerca da doença, de como deve ser o seu cuidado e, as vezes, até apoio financeiro e emocional (ARAÚJO et al., 2011).

No estudo realizado por Oliveira, Garanhani e Garanhani (2011), eles encontraram que os cuidadores de pacientes pós-AVE para prestar seu cuidado necessitavam de tempo para se adaptarem a nova rotina, de recursos econômicos e estruturais, da ajuda de outras pessoas, como também de paciência e força física, porém o dado mais importante foi que estes cuidadores explicitaram a importância do paciente pós-AVE ser ativo no processo de reabilitação.

Nessa perspectiva, esse cuidador que, geralmente, é informal, isto é, um membro da família ou amigo, ao obter todas as informações acerca paciente que ele está responsável passa a ter possibilidade de priorizar o seu cuidado. E, segundo Araújo et al. (2011) o conhecimento também pode levar o cuidador a prestar o cuidado com o objetivo de atender às necessidades do outro com domínio e satisfação da assistência, ao invés de prestá-lo com obrigação, vendo-o como uma tarefa exaustiva e árdua.

Mas também é necessário reforçar a política de referência e contrarreferência, pela comunicação multiprofissional, como meio de minimizar as dificuldades frente à prestação de cuidados do cuidador para com o paciente vítima de AVE, assim, eles terão um melhor acompanhamento por parte da equipe de saúde de sua localidade (RODRIGUES et al., 2013a). Deste modo, fica claro o papel dos profissionais de saúde diante do ensino do cuidado ao cuidador do paciente vítima de AVE.

Para o ensino do cuidado ao paciente vítima de AVE pelos profissionais de saúde, o uso de tecnologias educativas se apresenta como um potencial que favorece o aprendizado de modo claro e simplificado.

3.3 CARTILHA EDUCATIVA

Os materiais educativos surgem com o intuito de diminuir a distância entre o ensino e a prática do cuidado ao paciente, neste caso vítima de AVE, sendo por muitas vezes pautado no plano de orientações prestado pelos profissionais de saúde, visto que este deve considerar a cultura, crença e religião, sendo capaz de minimizar os impactos gerados pós-AVE e devendo servir com um suporte para a família/cuidador e para o paciente, no qual as necessidades do binômio paciente e família/cuidador sejam considerados (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011; RODRIGUES et al., 2013a).

Eles “precisam ser atrativos, objetivos, não podem ser muito extensos, mas devem dar uma orientação significativa sobre o tema a que se propõe, e atender às necessidades

específicas de uma determinada situação de saúde para que as pessoas se sintam estimuladas a lê-lo” (ECHER, 2005, p.755).

E, a sua elaboração deve ser uma complementação para as orientações passadas pelos profissionais em práticas educativas em saúde, sendo capaz de ajudar na autonomia dos pacientes/familiares e aumentar os seus conhecimentos, mas para que seja ideal é necessário que as imagens facilitem o entendimento, afinal algumas delas explicam mais que as palavras (ECHER, 2005, p.755; TELES, 2011).

Segundo Oliveira, Lopes e Fernandes (2014, p.612), esses materiais educativos têm “sido utilizados para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes”, servindo como apoio às orientações verbalizadas pelos profissionais de saúde. E, dentre estes materiais educativos, destaca-se a cartilha, por ser importante material de ensino durante as atividades de educação em saúde (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014).

A cartilha é um instrumento utilizado para informar a população sobre determinado assunto e funcionam como material facilitador das atividades dos profissionais de saúde, servindo como um guia para os mesmos e fazendo uso de textos didáticos e informativos (MARTEIS; MAKOWSKI; SANTOS, 2011). E, foi sugerida por permitir a compreensão dos mais diversos públicos, incluindo os que não têm escolaridade, auxiliando também no fortalecimento das orientações fornecidas aos familiares/pacientes (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; ECHER, 2005).

No presente estudo, o conhecimento explicitado na cartilha educativa visa a educação dos cuidadores dos pacientes, porém nada impede que ela se estenda aos pacientes, visto que a educação em saúde visa a melhora dos comportamentos de saúde do paciente, ajudando-o a compreender a sua nova realidade, bem como ajuda o cuidador a lidar de forma imediata e contínua com as consequências do AVE, reduzindo os risco de um novo AVE e a diminuição das implicações dos comprometimentos (HOFFMANN; MCKENNA, 2006).

Assim percebe-se que as cartilhas educativas trazem grande contribuição para o ensino do cuidado aos cuidadores do paciente vítima de AVE, atuando como um meio de alertá-los sobre as diversas nuances do AVE e as principais NHBs dos pacientes que por eles serão cuidados após a alta hospitalar.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

As teorias de enfermagem fundamentam a prática de enfermagem e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, é capaz de subsidiá-la, fornecendo meios de torná-la sistematizada e singular a cada paciente.

4.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

O rápido avanço tecnológico e científico das últimas décadas modificou a prática de muitos profissionais, inclusive a dos enfermeiros e, em decorrência deste avanço, em meados do século XX (1950), surgiram as primeiras teóricas da enfermagem, que, preocupadas em entender, compreender e descrever sua atuação, relacionaram os fatos e estabeleceram as bases de sua profissão por meio da elaboração de teorias (McWEN, 2009; HORTA, 2011; MATOS et al., 2011).

As teorias de enfermagem fundamentam as ações realizadas pelos enfermeiros com o ser humano, fornecendo subsídios para a atuação da equipe de enfermagem no processo saúde-doença. Estas teorias tornam-se importantes por elencar o foco da prática do enfermeiro, bem como suas metas e resultados, organizando e sistematizando o conhecimento (PORTO et al., 2013; McEWEN, 2009).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) de Wanda de Aguiar Horta, que surgiu na transição da fase empírica para a científica da enfermagem, tendo como foco a lei do equilíbrio, da adaptação e do holismo, auxiliando a enfermagem a determinar seu local de ação e sua natureza (HORTA, 2011).

Essa teoria determina que o enfermeiro compreenda o paciente como um ser completo em todas as suas partes, entendendo seu corpo/mente/espírito, pois, quando um destes sistemas está comprometido, os demais também sofrem as consequências, necessitando assim, que o processo de cuidado seja individualizado e humanizado (PIRES; MÉIER; DANSKI, 2011).

Para Horta (2011, p.38), as NHBs “são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”. Logo, o enfermeiro tem a função de ver e intervir, mediante a prestação de cuidados, no atendimento das NHBs dos pacientes.

A autora ainda afirma que:

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

A teoria das NHBs foi baseada na teoria da motivação humana de Maslow, que classifica as necessidades humanas básicas em cinco níveis: necessidades fisiológicas (ar, água e alimentos), segurança (física e/ou psicológica), amor (incluindo neste nível a amizade, as relações para com a sociedade e para com um(a) parceiro(a)), estima (englobando a autovalorização e a autoconfiança) e auto-realização (onde encontra-se a moralidade e a capacidade de solucionar os problemas) (PIRES; MÉIER; DANSKI, 2011; GOMES, 2013).

Mas diferentemente de Maslow, Wanda Horta preferiu dividir as NHBs seguindo os preceitos de João Mohana, que as divide em três dimensões: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (PIRES; MÉIER; DANSKI, 2011; GOMES, 2013).

As dimensões psicobiológicas e psicossociais são comuns a todos os seres vivos e a psicoespiritual é uma característica inerente ao homem (HORTA, 2011; GOMES, 2013). As necessidades psicobiológicas são: regulação neurológica, percepção dos órgãos dos sentidos, oxigenação, regulação vascular, regulação térmica, hidratação, alimentação, eliminação, integridade física, atividade física, cuidado corporal, segurança física/meio ambiente, sexualidade, regulação-crescimento celular, e terapêutica; as psicossociais são: comunicação, gregária e lazer, recreação e lazer, segurança emocional, amor e aceitação, autoestima, autoconfiança, auto-respeito, liberdade e participação, segurança emocional, educação para a saúde/aprendizagem, auto-realização, espaço e criatividade; e as psicoespirituais são: religiosidade/espiritualidade (BENEDET; BUB, 2001).

As necessidades psicobiológicas são energias inconscientes que nascem sem um planejamento prévio por parte do ser humano e que são manifestadas, por exemplo, pela vontade de tomar banho, da necessidade de alimentar-se e de relacionar-se sexualmente; as necessidades psicossociais são expressas por meio da necessidade de conviver socialmente, realizando trocas sociais, de conversar, entre outros; e as necessidades psicoespirituais surgem como um meio do homem apreender o que ele é cientificamente sem explicação (MARQUES; MOREIRA; NÓBREGA, 2008; BORDINHÃO; ALMEIDA, 2012)

As necessidades são universais e estão intimamente relacionadas, constituindo um ser maior, o homem, e o modo como ele a expressa depende de vários fatores, como a situação socioeconômica e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade (HORTA, 1979; HORTA, 2011).

O ser humano pode não expressar todas as necessidades básicas ao mesmo tempo, mas sempre que uma for alterada e manifestada, as demais acabarão atingidas, sendo necessário que o enfermeiro realize uma intervenção rápida e precisa na principal necessidade afetada. E, no caso do paciente vítima de AVE, não é diferente, pois ele poderá apresentar diferentes dificuldades no decorrer da sua recuperação, necessitando que uma necessidade de maior abrangência seja resolvida para que as demais se dissolvam posteriormente.

Esse paciente precisa que o enfermeiro o ajude a se reabilitar neurologicamente e, para isso, o profissional de saúde em questão deve fazer uso de um processo dinâmico que vise a recuperação das necessidades físicas, mentais, espirituais e sociais desse paciente (LESMANN et al., 2011).

O cuidado prestado deverá ser total, e tanto os profissionais de saúde como os cuidadores dos pacientes devem estar preparados para realizá-lo. Logo, no contexto do presente estudo, é necessário que as necessidades de cada paciente sejam identificadas, para que exista melhor preparação do cuidador pelos profissionais da saúde, tanto visando à alta hospitalar como o cuidado prestado ainda no hospital.

4.2 METODOLOGIA

4.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de estudo metodológico, no qual houve o levantamento das necessidades humanas básicas (NHBs) dos pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com posterior construção e validação de uma cartilha educativa para a família/cuidadores dos pacientes vítimas de AVE.

Este tipo de pesquisa estuda os “[...] paradigmas, as crises das ciências, os métodos e as técnicas dominantes da produção científica” (DEMO, 1994, p. 37). E, procura desenvolver, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

4.2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um hospital terciário de referência em Fortaleza-Ceará, que foi inaugurado em 23 de maio de 1969 como Hospital Geral do Serviço Público Federal, passando a ser administrado em 1990 pela Secretaria Estadual de Saúde (CEARÁ, 2014).

O hospital é considerado o maior da rede pública do Ceará, servindo à população do Estado e, por sua referência e condições de atender situações de elevada complexidade, serve também aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde, sendo referência nas especialidades de Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Nefrologia, Transplante Renal, Gineco-obstetrícia, Traumatologia-ortopedia, Oftalmologia, entre outras (CEARÁ, 2014).

Em outubro de 2009 foi inaugurada uma unidade específica de atendimento para pacientes vítimas de AVE, com estrutura moderna e equipe interdisciplinar de plantão 24 horas para fazer um atendimento diferenciado ao paciente que chega à emergência com AVE (CEARÁ, 2014).

4.2.3 Período de Coleta de dados

O período de coleta de dados com pacientes, para levantamento das principais NHBs afetadas, correspondeu do mês de junho ao mês de agosto de 2015, após o encerramento do trâmite em Comitê de Ética em Pesquisa. Os horários que a pesquisadora teve acesso à unidade foram estipulados pela gerência do serviço.

Após a análise dos dados da primeira fase, ocorreu a criação da cartilha e sua posterior validação, correspondendo aos meses de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

4.2.4 População e amostra

A população da primeira parte do estudo foi formada por pacientes vítimas de AVE atendidos na Unidade de AVE do Hospital cenário da pesquisa. Para o cálculo da amostra, utilizou-se uma fórmula desenvolvida para estudos finitos, que considera o nível de confiança, o erro amostral e o tamanho da população.

Assim, para o cálculo, considerando que a média de internações por mês chega a 60 pacientes, utilizou-se a prevalência média estimada do Acidente Vascular Encefálico de 50%, ao se fixar um Coeficiente de Confiança de 95% e erro amostral de 5%.

Onde:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

n = tamanho da amostra
t = valor da distribuição t de Student ($t_{5\%} = 1,96$)
e = erro amostral
N = tamanho da população
Q = porcentagem complementar (100 – P)
P = prevalência do Acidente Vascular Encefálico

O tempo de coleta de dados estimado com esta população foi de 2 meses, logo, ao final do cálculo, estabeleceu-se que o tamanho final da amostra composta por um total de 92 pessoas. Os critérios de inclusão para esta fase foram os seguintes: ter idade > 18 anos; estar internado na unidade de AVE do Hospital no período de coleta de dados. Ressalta-se que quando o paciente se encontrava afásico, a entrevista foi realizada com seu acompanhante.

Foram excluídos do estudo os pacientes vítimas de AVE que não apresentavam qualquer sequela do AVE e os que se encontravam afásicos e não tinham acompanhantes no momento da coleta de dados. Vale ressaltar que optou-se que o paciente tivesse qualquer sequela proveniente do AVE para que a tecnologia educativa se tornasse mais completa, visto que os pacientes sequelados sempre possuem maior número de NHBs afetadas, e conseguisse ser útil a todos os pacientes, sequelados ou não.

4.2.5 Instrumento de Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com um instrumento (Apêndice A) baseado nas NHBs, com perguntas fechadas e sendo coletado mediante a autorização do pesquisado e/ou cuidador responsável.

A primeira parte contém informações sobre as características socioeconômicas, como: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar, naturalidade, religião e data de admissão na unidade. A segunda parte é composta pelos dados clínicos, epidemiológicos e pela medição dos sinais vitais, considerando também o peso e altura do

paciente. E ela também serviu para levantar o histórico pregresso e atual do paciente em relação as doenças crônicas e seus principais fatores de risco. E, a terceira tem o foco nas NHBs seguindo os preceitos estabelecidos por Wanda de Aguiar Horta, sendo composta por questões fechadas.

O instrumento teve como base o instrumento criado por Bordinhão (2010) para padronizar e qualificar a assistência de enfermagem a pacientes críticos utilizando o processo de enfermagem frente a Teoria das NHBs. E, com o intuito de padronizar a coleta de dados, a pesquisadora utilizou o Manual de Orientações (Anexo 1) produzido por Bordinhão (2010) durante a elaboração de sua dissertação de mestrado. Vale ressaltar que o autor permitiu as adaptações ao instrumento de coleta de dados e o uso do manual durante a coleta de dados.

As informações acerca do peso e altura, para cálculo do Índice de Massa Corporal, foram registrados por meio de autoinformação, pois optou-se por não deslocar os pacientes até uma balança devido ao risco de queda e aos aparatos que as medicações endovenosas exigiam. E, para a avaliação de algumas NHBs foi necessária a realização de técnicas propedêuticas de avaliação, no qual houve observação e palpação do paciente, mas sempre com autorização dele ou do acompanhante.

Os dados quantitativos coletados pela aplicação do instrumento foram tabulados em banco de dados do Excel apresentados em tabelas e gráficos, e interpretados com base na Teoria de Horta. E, os dados qualitativos, obtidos por meio de questões abertas, foram transcritos na íntegra e analisados com base na análise descritiva baseada na literatura revisada do estudo.

A identidade dos participantes foi preservada e cada um recebeu um código segundo a ordem em que forem entrevistados e, os seus respectivos diálogos, foram transcritos sem as convenções da língua padrão culta, mas sendo retirados alguns vícios de linguagem. Os dados qualitativos respondidos pelos acompanhantes dos pacientes foram considerados na íntegra e receberam o código de acordo com a ordem em que foram entrevistados.

Após a análise dos dados, os que atingiram o percentil 65% foram utilizados na elaboração dos indicadores da cartilha educativa.

4.2.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo Parecer de Nº 1.082.121, com data de relatoria de 27/05/2015 e,

depois de aprovado, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital cenário da pesquisa para apreciação, sob Nº de Parecer 1.115.042 com data de relatoria de 10/06/2015.

Durante a coleta de dados foram preservadas as diretrizes e os critérios éticos de pesquisa junto a seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que prioriza os seguintes princípios éticos: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. A Resolução também garante liberdade para participar ou não do estudo e até mesmo desistir durante a coleta de dados, sigilo de identidade do pesquisado e esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento de sua realização (BRASIL, 2012a).

Os pacientes que eram conscientes e orientados foram convidados e esclarecidos sobre como participar do estudo e, os que aceitaram o convite para participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), que foi preenchido em duas vias, que após as assinaturas uma via ficou sob a responsabilidade da pesquisadora e a outra via foi entregue ao pesquisado.

Os pacientes que se encontravam desorientados, afásicos e/ou impossibilitados de responder à pesquisa devido à alguma sequela do AVE, os seus respectivos responsáveis foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos sobre como participar do estudo e, os que aceitaram o convite para participar da pesquisa, assinaram o TCLE (Apêndice C), que também foi preenchido em duas vias, que após as assinaturas uma via ficou sob a responsabilidade da pesquisadora e a outra via foi entregue ao pesquisado.

Os juízes que preencheram os critérios de inclusão do estudo e participaram da validação da tecnologia educativa, foram convidados e esclarecidos sobre sua participação na pesquisa. Após a aceitação, também preencheram o TCLE (Apêndice G).

5 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES VÍTIMAS DE AVE

As NHBs são inerentes a cada ser humano e variam de acordo com cada um e, ao identificar as principais NHBs afetadas nos pacientes com sequelas de AVE, consegue-se elaborar uma tecnologia educativa ampla, objetiva e capaz de atender não somente os pacientes com sequelas, mas também todo o público vítima de AVE.

5.1 DESCRIÇÃO DOS PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

A amostra do estudo com os pacientes constituiu-se por 92 pessoas, sendo 89 com AVEi (96,7%) e 3 com AVEh (3,3%). Estudo realizado em 2012 na mesma unidade por Araújo et al. (2015), com um público de 100 pacientes, encontrou-se também maior percentual de pacientes vítimas de AVEi (83%). Em estudos desenvolvidos por outros pesquisadores, também, encontrou-se que a prevalência de AVEi supera a de AVEh (ESCARCEL; MULLER; RABUSKE, 2010; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013; LIMA et al., 2015).

As condições socioeconômicas e o histórico clínico-epidemiológico são capazes de influenciar diretamente no surgimento do AVE, pois nos fornecem informações acerca de como o paciente controla a sua doença e como ele evita outros possíveis agravos de saúde. A Tabela 1 contém informações acerca das variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza – CE, 2015

Variáveis Sociodemográficas		n	%
Sexo	1. Feminino	31	33,7%
	2. Masculino	61	66,3%
Cor	1. Branco	33	35,9%
	2. Mulato	44	47,8%
	3. Negro	15	16,3%
Estado civil	1. Casado	68	73,9%
	2. Não Casado	24	26,1%
Escolaridade	1. Analfabeto	25	27,2%
	2. Ensino Fundamental	44	47,8%
	4. Ensino Médio Completo	18	19,5%
	5. Ensino Superior Completo	05	5,5%
Ocupação	1. Trabalhador ativo	31	33,7%
	2. Aposentado/Beneficiários/Desempregados	61	66,3%
Religião	1. Católico	64	69,6%
	2. Não Católico	28	30,4%

Fonte: Elaborada pela autora

No estudo, 66.3% participantes foram do sexo masculino. Rodrigues et al. (2013b) em seu trabalho também encontrou um percentual maior (58%) de homens acometidos pelo AVE, e em estudos mais recentes (LIMA et al., 2015; ARAÚJO et al., 2015), encontrou-se o mesmo percentual de homens e mulheres acometidos pela doença.

A cor mulata foi auto referida por 47,8% pacientes e/ou acompanhantes e 47,8% pacientes possuem ensino fundamental, corroborando com os achados de Rangel, Belasco e Diccini (2013) e Lima et al. (2015). A baixa escolaridade pode interferir na adesão ao tratamento e na conservação de um estilo de vida saudável, afetando os cuidados com a saúde e, por conseguinte, elevando a incidência de AVE na população (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

Encontrou-se também que a maior parte dos participantes têm um companheiro (73,9%) e todos acreditam em Deus, sejam eles católicos, evangélicos ou sem religião. A presença de um companheiro ajuda o paciente a enfrentar as dificuldades encontradas no decorrer do tratamento e o apoio de Deus auxilia o paciente a superar as dificuldades e adaptar-se a sua nova condição de vida, diminuindo os sofrimentos, inseguranças, o estresse e,

até mesmo, a depressão (REMIJO; FONSECA, 2012; SANTOS et al., 2013; ARAÚJO et al., 2015).

E, em relação à ocupação, o número de pacientes aposentados, desempregados ou que recebem auxílio do governo (66,3%) superou o número de pacientes ativos no mercado de trabalho (33,7%), talvez pelo número de mulheres participantes que declararam ser dependentes da renda do marido ou pela elevada idade de outros. Dentre os 66,3% de pacientes que declararam não ser trabalhador ativo, o número de beneficiários ou aposentados chegou a 53,3%.

Durante a coleta de dados, também procurou-se saber se o paciente tinha cuidador e quem eram esses cuidadores. Na pesquisa, 100% dos pacientes declarou ter cuidador, porém o maior percentual de pacientes tinha cuidadores informais (86 - 93,5%), outros tinham apenas cuidadores formais (4 - 4,3%) e apenas dois tinham cuidadores formais e informais (2,2%).

Dentre os principais cuidadores informais destacou-se os cônjuges e os filhos, como também em alguns casos os amigos mais próximos. O cuidadores formais, em sua maioria, são amigos pagos pela família e apenas um paciente declarou que seu cuidador era uma pessoa especializada e não amiga da família.

No estudo, o quantitativo de dias de internação dos participantes variou de 1 a 18 dias, com média de 4,76 dias (Desvio Padrão (dp) = \pm 3,69). Porém, mesmo com uma baixa média de dias de internação, pode-se verificar pacientes internados há mais tempo que estavam apresentando sequelas mais graves e persistentes do AVE, não conseguindo recuperar-se a ponto de receber alta hospitalar.

A renda familiar foi um ponto difícil de ser trabalhado com os participantes, pois, apesar da elevada renda de alguns participantes da pesquisa, a maioria permaneceu com média de dois salários mínimos. E a renda familiar, quando relacionada com a escolaridade, é capaz de influenciar na saúde dos pacientes, principalmente considerando o hábito alimentar (CHAVES et al., 2013).

A média de idade dos participantes foi de 63,02 anos (dp = \pm 15,43), mas, podemos considerar que, mesmo com pacientes jovens, a prevalência de idosos é maior, corroborando com os achados de Araújo et al. (2015), Moro et al. (2013) e Junior et al. (2013), nos quais a média de idade também atingiu a marca considerada para classificação dos participantes como idosos.

Segundo Araújo et al. (2015, p.584):

“A associação de faixas etárias mais elevadas com a ocorrência de doenças cerebrovasculares já é conhecida e justificada, principalmente, pela predisposição biológica para estas doenças inerente ao avanço da idade, independentemente de outros fatores de risco.”

Outro fator que interfere juntamente com a idade no surgimento do AVE é o histórico familiar e pessoal. Em relação ao histórico familiar, 20 (21,7%) pacientes declararam não ter ninguém na família com doença crônica e/ou cardiovascular, 64 (69,6%) declararam a presença de familiar com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 32 (34,8%) com Diabetes *Mellitus* (DM), 27 (29,3%) com Insuficiência Cardíaca (IC), 2 (2,2%) com Doença Renal (DR) e 1 (1,1%) apenas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Porém, também vale ressaltar que 35 (38,0%) pacientes declararam ter familiares que já tiveram AVE.

Possuir algum ente familiar com doença crônica pode influenciar o paciente a aderir ao tratamento, visto que se a não adesão ao tratamento já é presente na família, conseqüentemente, haverá mais pessoas que seguirão o exemplo de não aderir ao tratamento. O ciclo familiar deve servir como um meio de promoção da saúde e difusão de costumes de vida que visem à saúde dos entes pertencentes ao elo.

A Tabela 2, nos detalha informações acerca do histórico pessoal de doenças crônicas. Porém, 17 pacientes relataram não ter comorbidades crônicas pré-existentes e destes, um descobriu HAS após o AVE, cinco descobriram DM e dois IC.

Tabela 2 – Histórico pessoal de doenças crônicas dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza–CE, 2015

Doenças crônicas e/ou cardiovasculares	Nº	%
1. Hipertensão Arterial Sistêmica	37	40,2%
2. Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes <i>Mellitus</i>	17	18,5%
3. Hipertensão Arterial Sistêmica + Insuficiência Cardíaca	06	6,5%
4. Hipertensão Arterial Sistêmica + Diabetes <i>Mellitus</i> + Insuficiência Cardíaca	06	6,5%
5. Insuficiência Cardíaca	04	4,3%
6. Diabetes <i>Mellitus</i>	03	3,3%
7. Hipertensão Arterial Sistêmica + Doença Renal	01	1,1%
8. Diabetes <i>Mellitus</i> + Insuficiência Cardíaca	01	1,1%
9. NDA	17	18,5%

*NDA – Nenhuma doença crônica pré-existente / Fonte: Elaborada pela autora.

Nos participantes, a média de tempo de diagnóstico da HAS foi de 8,61 anos, do DM 8,80 anos, da IC de 10,53 anos e a única pessoa que declarou IR, teve diagnóstico da doença há mais de dez anos. O tempo de diagnóstico de uma doença crônica é decisivo no surgimento de complicações e outras comorbidades decorrentes delas, pois, se o paciente demora a descobrir a doença o organismo fica tolerando os diferentes níveis tensionais, no caso da HAS e da IC, e mudanças metabólicas sequenciais, no caso da DM e da IR, que afetam lentamente órgãos-alvos, como o coração, cérebro e rins.

As doenças crônicas são multifatoriais e, desenvolvendo-se no decorrer da vida e são de longa duração (BRASIL, 2014). No Brasil, cerca de 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e na atualidade, elas já se tornaram um problema de saúde pública, sendo responsáveis mundialmente por 63% das mortes, sendo mais frequente em países de baixa e média renda (BRASIL, 2011; WHO, 2011; SCHMIDT; DUNCAN, 2011).

Assim, percebe-se que o quantitativo de pessoas com DCNT tende a aumentar no decorrer dos anos, gerando um maior quantitativo de mortes prematuras, perda da qualidade de vida por parte das pessoas afetadas, agravando as iniquidades sociais, e, por consequência, passando a exigir mais do Sistema Único de Saúde (SUS) por requerer mais investimentos, organização, qualificação e ampliação do atendimento (DUNCAN et al., 2012; MALTA et al., 2014).

No Brasil, estima-se que o diabetes, as doenças do coração e o acidente vascular encefálico devido à diminuição da renda e a perda de produtividade no trabalho causará entre 2006 e 2015 um ônus de US\$ 4,18 bilhões aos cofres públicos (ABEGUNDE et al., 2007). Logo, o melhor a ser feito é ter a preparação dos profissionais, não somente para cuidar e curar, mas para prevenir os fatores de risco das doenças crônicas, contribuindo para redução de adoecimento e suas complicações.

Dos 81,5% pacientes que tinham alguma doença crônica pré-existente, 69,6% afirmaram seguir tratamento médico de forma regular, conforme a prescrição dos profissionais de saúde, 1,1% afirmou seguir apenas quando passa mal e 10,9% afirmaram que não seguiam o tratamento correto.

E desses 75 pacientes que tinham alguma doença crônica pré-existente, 72,8% faziam o uso da terapêutica medicamentosa conforme a prescrição médica, mesmo 2,2% deles não indo frequentemente ao acompanhamento com os profissionais de saúde, e 8,7% afirmou não tomar o remédio conforme a prescrição, tomando apenas quando passavam mal ou nem tomavam, conforme os depoimentos a seguir:

- *Ele não tomava os remédios.* (P₁₅)

- *Eu não sei, acho que ele não queria. Tomava só calmante, chá de cidreira... essas coisas.* (P₄₀)

A não adesão ao tratamento pode influenciar diretamente no surgimento de complicações e no estado de saúde geral do paciente, além de que o não comparecimento constante às consultas com os profissionais de saúde podem fazer com que o paciente mais tardiamente tenha que se submeter a elevadas doses de fármacos com o objetivo de controlar a doença. Porém, vale ressaltar, que a adesão ao tratamento por parte do paciente depende de suas crenças e culturas, de sua condição sociodemográfica, bem como de tolerância e disciplina por parte dele às modificações no seu estilo de vida e ao surgimento de efeitos colaterais devido ao tratamento (FARIA; LAUTNER; LAUTNER, 2012).

No estudo, apenas 62 (67,4%) afirmaram que vão regularmente à consulta médica e apenas 33 (35,9%) à consulta com o enfermeiro. O comparecimento às consultas com os profissionais de saúde é importante porque auxilia o paciente no controle da doença, fazendo com que seu estado de saúde seja analisado e ponderado.

O quantitativo de pacientes que comparece às consultas com o enfermeiro foi um achado importante, pois, por meio do diálogo com os pacientes e seus acompanhantes, se pode perceber que eles estão mais preocupados no repasse da terapêutica medicamentosa do que no acompanhamento, que muitos postos de saúde não ofertam a consulta com o enfermeiro ou que eles não reconhecem o enfermeiro dentro da estratégia de saúde da família. O fato pode ser observado nos diálogos:

- *Não tem consulta com o enfermeiro. (P₅)*
- *A enfermeira só para tirar a pressão, fazer o teste de glicemia. (P₇)*
- *Porque a gente ia e nunca tinha remédio. (P₄₅)*

Ressalta-se, que não é possível afirmar que os pacientes se referem aos enfermeiros como médico afinal, alguns pacientes reconhecem os enfermeiros como doutores. E, quando o paciente nesta pesquisa como o P₇ afirma que “*a enfermeira só para tirar a pressão e fazer o teste da glicemia*”, ele consegue de fato identificar o enfermeiro ao realizar a consulta? Nesta situação acredita-se que o paciente pode estar confundido o enfermeiro com o profissional que fica na sala de triagem.

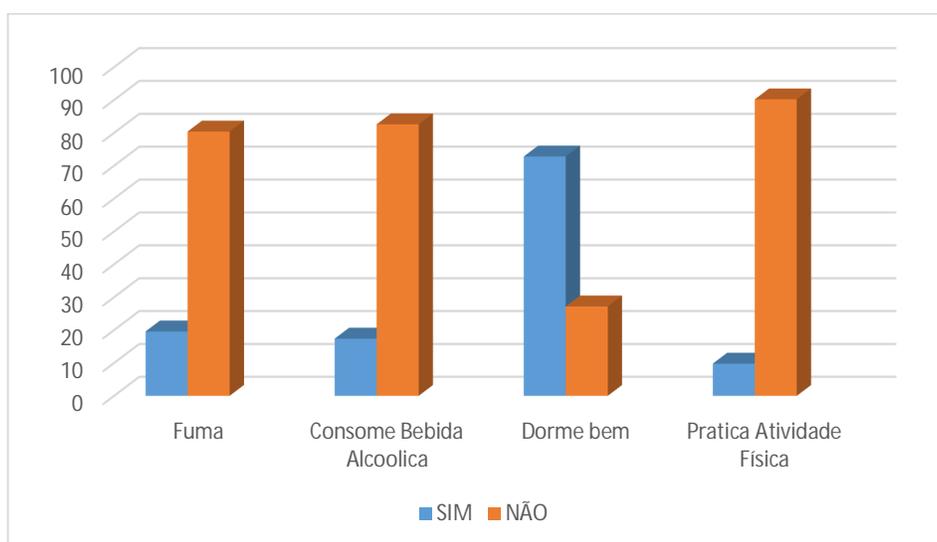
Cabe aos enfermeiros a sua identificação no ato da consulta de enfermagem e a sua valorização perante o paciente, fazendo com ele perceba que a consulta de enfermagem vai além da explicação da terapêutica medicamentosa, servindo como um meio dele se tornar um sujeito ativo em seu tratamento e ter uma melhor qualidade de vida, diminuindo os fatores de risco.

Coletou-se também dados referentes ao infarto agudo do miocárdio (IAM), que atingiu 10,9% dos pacientes, e ao AVE prévio, presente em 34,8% da amostra. O AVE prévio no estudo de Junior et al. (2013) também atingiu uma margem próxima a 30%, corroborando com os dados do estudo. E 56,5% dos pacientes também alegaram já ter se submetido a algum tipo de cirurgia, desde cirurgias menos complexas como cesariana, apendicite, até cirurgias mais complexas, como amputação de membro, histerectomia e retirada de tumores malignos.

5.2 FATORES DE RISCO, SINAIS VITAIS E O QUE SENTIRAM NO MOMENTO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

A análise dos fatores de risco foi essencial para que se pudesse entender o que levou os pacientes a terem AVE. Os principais fatores de risco estão expostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos fatores de risco dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza-CE, 2015



Fonte: Elaborado pela autora

O hábito de fumar foi evidenciado pela minoria dos participantes da pesquisa (19,6%). Porém, dos 74 pacientes que relataram não fumar, 39 já foram fumantes e deixaram de fumar, em média, há 16,07 anos ($dp = \pm 11,26$). Logo, dos 92 participantes, apenas 35 pacientes nunca tiveram o hábito de fumar. O uso do tabaco é um problema de saúde pública, sendo capaz de causar morte prematura nas pessoas que têm este vício, afinal, a fumaça do tabaco é nociva à saúde e está associada a 10% das doenças cardiovasculares (SILVA; OLIVEIRA, 2012; OMS, 2009; PORTES et al., 2014)

O consumo de bebida alcoólica é outro fator de risco importante para a ocorrência de doenças cardiovasculares, podendo aumentar os riscos de morbidade e mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Dos participantes, apenas 17,4% declararam ter o hábito de beber. E, para estes pacientes que não conseguem eliminar a bebida alcoólica do cardápio, os profissionais de saúde podem sugerir que a dose de etanol a ser

consumida pelo homem não exceda 30g ao dia e, para as mulheres, esse valor não deve ultrapassar 15g ao dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A maior parte dos participantes da pesquisa (72,8%) relataram dormir bem, 65,2% relatou que dorme com facilidade e 81,5% que acordam descansados após a noite de sono. A média de horas que dormem por dia foi de 7 horas (dp = $\pm 1,89$). Vale ressaltar que uma noite mal dormida pode trazer alterações como fadiga e irritabilidade.

No estudo, a prática de atividade física foi relatada por apenas 9,8% dos pacientes. A prática de exercício físico favorece a redução do peso, da pressão arterial (PA), além de proporcionar uma sensação de bem-estar, podendo trazer benefícios biológicos e psicossociais e aumentar a expectativa de vida dos indivíduos que o praticam, porém, existem determinados pacientes que não podem realizar atividade física e aqueles que sua prática deve ser regularmente controlada por um profissional (SILVA et al., 2014). Logo, os exercícios físicos devem ser planejados de acordo com as necessidades, metas, história clínica e capacidade funcional de cada paciente (PEREIRA; BORGES; AMADEI, 2013).

Os pacientes, em relação a alimentação, deixam claro que estão cientes das escolhas erradas que fazem:

- *Eu acho que é normal né. Eu não tomo leite porque sou alérgico. No café como três pães com margarina e café, depois eu almoço, depois eu merendo café com pão novamente. Aí eu janto café com pão. (P₁);*
- *A minha alimentação é tudo, o pior possível. O sal até é pouco, mas comia com gordura. (P₁₇)*
- *É desregrada, tudo que tenho direito, é açúcar, é sal, é tudo que vier na mesa. (P₅₁);*

As escolhas erradas de vida afetam diretamente na qualidade de vida destes pacientes e acabam, por conseguinte, aumentando os fatores de risco e as chances de complicações cada vez mais graves a saúde. Diariamente, o sódio, mais conhecido como sal de cozinha, deve ser ingerido em torno de 100 mEq/dia, o que equivale à 1 colher de chá por dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O consumo inadequado de alimentos nas dietas e baixo consumo de frutas, verduras, legumes e cereais integrais exige que os profissionais de saúde façam uso de estratégias de educação em saúde que visem o maior consumo de alimentos corretos, aumentando a prevenção e promoção da saúde dos pacientes (AZEVEDO et al., 2014).

Mas, muitos pacientes podem não seguir a dieta alimentar por sentirem dúvidas em relação a fazer a comida com as restrições por afetar algum membro da família e também por não terem condições socioeconômicas favoráveis para comprar todos os alimentos necessários para ter uma melhor qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2012a; SILVA et al., 2013b).

- É normal como a nossa, o que aparece come. Da outra vez foi uma dieta só, mas ninguém pode seguir, sai caro. (P₅₉)

Durante a coleta de dados se fez necessário a avaliação dos sinais vitais dos pacientes com vistas a saber como ele evolui fisiologicamente, considerando suas funções vitais. Os dados estão expostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Intervalo, média e desvio padrão de dados vitais, incluindo o Índice de Massa Corporal dos pacientes estudados. Fortaleza-CE, 2015

Dados Vitais	Intervalo	Média	Desvio Padrão
Frequência Respiratória (irpm)	10 – 39	18,78	4,22
Frequência cardíaca (bpm)	52 – 160	80,51	17,70
Temperatura	34,4 – 37,3	35,90	0,60
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	90 – 220	151,90	27,22
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	55 – 163	86,44	16,93
Pressão Arterial Média (mmHg)	66 – 166	102,93	19,21
Glicemia (mg/dL)*	68 – 253	131,67	44,05
IMC (kg/m ²)	19,16– 42,22	28,00	5,49

* Apenas 74 pacientes tinham valores de glicemia do dia no momento da coleta de dados. / Fonte: Elaborada pela autora

Se considerarmos os valores a partir da leitura do Jarvis (2010), podemos afirmar que alguns pacientes apresentavam alterações na frequência respiratória, que pode variar de 10 a 20 incursões respiratórias por minuto, e na frequência cardíaca, que pode variar de 60 a 100 batimentos por minuto, sendo considerados taquipnéicos e taquicárdicos. Porém, a média permaneceu nos padrões considerados normais pela literatura.

A temperatura dos pacientes permaneceu entre 34,4°C e 37,3°C com média de 35,9°C. Para Lopes (2011), a lesão cerebral pode induzir um novo ajuste na temperatura e a hipotermia auxilia no caso de lesão cerebral, pois ela aumenta a oferta de oxigênio nas áreas ameaçadas pela isquemia, mas é necessário que a temperatura da pele se mantenha entre 35,5°C e 37°C.

No momento da coleta de dados, considerando os dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), os valores da pressão arterial sistólica (PAS) e da pressão arterial diastólica (PAD) estavam alterados em 46 (50%) dos pacientes, 24 (26,1%) pacientes apresentavam hipertensão sistólica isolada e apenas 5 (5,4%) pacientes apresentavam alteração nos valores da PAD sem alterar a PAS.

Logo, pode-se perceber que poucos foram os pacientes que mantiveram sua pressão arterial (PA) dentro dos níveis considerados normais mesmo em uso dos medicamentos, realizando a dieta correta e sendo acompanhados constantemente dentro da unidade em que a coleta de dados foi realizada. O aumento sustentado dos níveis da pressão arterial é considerado um fator de risco para as doenças cardiovasculares, podendo ser responsável por 51% dos AVE (CHOBANIAN et al., 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

Para Fuchs, Mosele e Fuchs (2014, p.175), “a carga de doença isquêmica cardíaca e cerebrovascular atribuída à hipertensão não é desprezível e demanda estratégias para melhorar a saúde da população, seja através de intervenções abrangentes e continuadas sobre fatores de risco ou alvos terapêuticos”.

A glicemia, dentre os 74 participantes que tinham resultados disponíveis no momento da coleta de dados, a média dos valores permaneceu dentro dos valores considerados normais, visto que a glicemia da maioria tinha sido coletada no período pós-prandial.

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015), o valor da glicemia pós-prandial deve ser $< 140\text{mg/dL}$. Porém, houve pacientes ($n=15 / 16,3\%$) que tiveram sua glicemia pós-prandial $\geq 140\text{mg/dL}$ a $< 200\text{mg/dL}$, classificados como pacientes com tolerância à glicose diminuída, e outros ($n=8 / 8,7\%$) com glicemia pós-prandial $\geq 200\text{mg/dL}$, classificados como pacientes diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diabetes é uma doença “que exige mudanças de hábitos e desenvolvimento de comportamentos especiais de autocuidado que deverão ser mantidos por toda a vida” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.257).

Os dados relacionados ao Índice de Massa Corporal (IMC), que é um dado antropométrico, foram registrados por meio de autoinformação, pois optou-se por não fazer com que os pacientes se deslocassem até uma balança devido ao risco de queda e aos aparatos que as medicações endovenosas exigiam.

De acordo com os dados da World Health Organization - WHO (2000), a média do IMC dos pacientes (Média = 28Kg/m²) permaneceu na classificação de pré-obeso, mas por meio dos valores extremos apresentados, pode-se perceber que teve-se pacientes com IMC normal e pacientes classificados como obesidade grau III.

O excesso de peso aumenta o risco do surgimento de doenças cardiovasculares, podendo causar distúrbios psicológicos, isolamento, depressão e baixa autoestima, e, a cada 10 kg de peso reduzidos, há uma redução de 5 a 20 mmHg da pressão arterial sistólica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; RIBEIRO et al., 2013).

No estudo, dos 92 pacientes analisados, 38 (41,3%) afirmou que sentem algum tipo de dor após o AVE, e a mais prevalente foi a dor de cabeça, presente em 21 pacientes, mas também citou-se dor nos pés, no quadril, nas pernas, nos ossos e na coluna.

- *Nas costas e na coluna.* (P₂)
- *Nos pés e nos “quartos”.* (P₈)
- *Dor de cabeça.* (P₁₁)
- *No ouvido e no quadril.* (P₁₉)
- *Na barriga e nas pernas.* (P₂₂)
- *Dor na perna, joelho e “junta”.* (P₇₇)
- *Na coluna.* (P₈₂)

E destes, 37 (40,2%) pacientes classificaram esta dor ≥ 5 , de muita intensidade e que chega a incomodar, necessitando muitas vezes que eles recorram ao uso de medicações analgésicas e/ou anti-inflamatórias. A dor é um dos principais fatores que interfere na vida plena de uma pessoa e a dor crônica, no caso dos pacientes estudados, é capaz de interferir no seu cotidiano, seja no âmbito físico, psíquico ou social, refletindo diretamente no seu papel social e profissional (MONTEIRO; REIS-PINA, 2013).

A dor de cabeça atinge praticamente todas as pessoas em alguma fase de sua vida e pode ser considerada uma das manifestações dolorosas mais frequentes (MORAIS; DUTRA; FONTANA, 2012). E, ela também pode ter sido a mais citada pelos pacientes devido ao fato de ser um dos sinais de AVE.

O conhecimento acerca dos principais os sinais e sintomas de AVE por parte da família e do paciente é primordial no tratamento, afinal o tempo entre o reconhecimento do primeiro sinal/sintoma até o início do tratamento torna-se menor e, no caso do AVEi, há mais chances de o paciente receber o tratamento trombolítico, cujos melhores benefícios ocorrem quanto menor o tempo entre os primeiros sintomas e a administração do medicamento. Para Falavigna et al. (2009) quando o paciente e/ou familiar não tem noção da seriedade do AVE a procura pelos serviços de saúde é adiada, contribuindo para o aumento das sequelas e da mortalidade pela doença.

Abaixo, seguem os principais sinais e sintomas dos pacientes vítimas de AVE:

- *Eu cheguei em casa, almocei, me deitei e quando fui me levantar eu caí, meu lado direito não mexia nada. (P₁₂)*
- *Eu sentir uma forte dor de cabeça, náusea, vomito e aí eu desmaiei. Aí quando eu acordei eu senti uma dormência nas mãos e na perna direita. (P₂₈)*
- *Eu perdi a força do corpo e caí, a boca ficou torta e tive dificuldade para falar. (P₅₁)*
- *Ele disse que não sentiu nada, mas a minha mãe perceber que a voz tava diferente, a boca torta e o lado direito tava sem força. (P₆₉)*
- *Começou no olho, na visão, aí foi se agravando. Aí eu não me lembro, disseram que eu provoquei e que perdi a consciência. (P₇₇)*
- *Eu senti uma paralisia na face e piorei mais do braço e da perna direita, perdi mais a força ainda, aí a fala ficou mais misturada. (P₈₉)*

No estudo elaborado por Junior et al. (2013), encontrou-se que os sintomas mais frequentes foram: fraqueza de membros em 19 (79%) indivíduos, paralisia facial em 17 (70,8%) e problemas na articulação da fala em 20 (83,3%), corroborando com os sintomas apresentados pelos participantes da pesquisa. Em outro estudo realizado no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUEB), referência no tratamento do AVE, com 50 pacientes vítimas de AVE, também encontrou-se que dentre os principais sintomas, estão: a cefaleia intensa, a perda da força muscular, a disfasia, a náusea\ontura\ômto, o formigamento e a convulsão (LIMA et al., 2015).

Por meio dos estudos já realizados e da pesquisa atual, pode-se perceber que os sinais e sintomas de AVE são recorrentes e não se modificam no decorrer do tempo, servindo como um meio de auxiliar os profissionais de saúde a ensiná-los para a população, como um meio de ensiná-los a reconhecer um novo caso de AVE.

5.3 NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DOS PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

As NHBs dividem-se em três grupos, as psicobiológicas, as psicossociais e as psicoespirituais. “A identificação das NHBs afetadas e a elaboração de plano de assistência são aspectos indispensáveis para a sistematização e organização do serviço de Enfermagem em atendimento integral, eficiente e de qualidade em todos os ambientes de cuidado” (SANTANA et al., 2011, p.680).

Considerando as necessidades psicobiológicas, as mais afetadas foram: nutrição; locomoção, mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; exercício e atividade física; ambiente e abrigo. E as que permaneceram com menor número de alterações: oxigenação; hidratação; integridade cutânea mucosa; integridade física; eliminação; percepção; regulação; sono e repouso; e terapêutica. Não foi questionada nenhuma informação acerca da NHBs sexualidade.

Considerando a necessidade de oxigenação, 82,6% dos pesquisados encontravam-se eunpneicos, 14,1% taquipneicos e 3,3% dispneicos. Horta (2011), afirma que a necessidade de oxigenação pode se manifestar de diversas maneiras, por meio da cianose, dispneia, tontura, coriza, modificações no ritmo ou frequência respiratória.

Em relação a suporte de oxigênio, 90,2% estavam em ar ambiente no momento da coleta de dados, 3,3% em cateter nasal de oxigênio, 4,3% em máscara de Venturi, 1,1% encontrava-se traqueostomizado e 1,1% em uso de tubo orotraqueal. E, 52,2% dos pacientes não se queixou de tosse durante o período de internação.

A hidratação da mucosa foi outro fator importante a ser analisado, visto que a umidade, o turgor e a elasticidade da pele podem favorecer o surgimento de úlceras por pressão ou outras lesões na pele. Dos 92 pacientes, 69,6% tinham as mucosas úmidas, sem sinais de ressecamento da pele e/ou sujidade líquida, como urina ou fezes pastosas.

Correlacionado com a hidratação da mucosa tem-se a integridade cutâneo mucosa e física. Dos 92 pacientes, 80,4% tinham a pele íntegra e estas NHBs atingiram apenas 19,6% pacientes, sendo demonstrada por meio de relato de prurido, equimoses, hematomas e úlceras por pressão.

Dos pacientes analisados, considerando a NHBs nutrição, 13,0% encontravam-se em dieta zero, seja pelo fato de ainda não conseguirem mastigar e/ou deglutir, por ainda estarem não responsivos aos comandos ou simplesmente nas primeiras 24 horas após o AVE. A maior parte estava se alimentando por via oral (57,6%), com ou sem ajuda de terceiros, e os

demais por sonda gástrica (6,5%) e por sonda enteral 17 (18,5%), mas também encontrou-se pacientes em desmame da sonda, ou seja, alimentando-se por via oral juntamente com a sonda nasoenteral (4,3%).

A alimentação via oral foi a principal encontrada no estudo, porém, dos que se alimentavam via oral, 47,4% destes pacientes precisavam de ajuda para comer, necessitando de uma pessoa que lhe ofertasse a comida, 52,6% que alegaram não precisar de ajuda, percebeu-se que, na realidade, alguns deles ainda precisavam que a comida já fosse colocada no prato ou próxima a eles, necessitando ainda de ajuda na hora da alimentação.

Em estudo realizado com 61 pacientes vítimas de AVE acompanhados pelo Programa de Assistência Domiciliária de três hospitais em Fortaleza/CE, no período de janeiro a abril de 2010, encontrou-se que 43 são dependentes no quesito da alimentação, 12 precisavam de ajuda e apenas 6 eram independentes (OLIVEIRA et al., 2013).

Dos 86,9% dos pacientes que estavam se alimentando, 82,6% apresentavam boa aceitação da dieta e os outros 4,3% rejeitavam a comida alegando que não tinha gosto ou por não sentirem fome no decorrer do dia em todos os horários que a dieta era oferecida. E, em relação à palpação e inspeção, 77,2% dos pacientes apresentavam o abdômen normotenso e 22,8% tenso ou distendido.

Considerando a NHBs eliminação, todos os pacientes apresentavam eliminações intestinais sem necessidade de ostomias porém, 47,8% apresentavam constipação intestinal. Em estudo realizado com pacientes vítimas de AVE, encontrou-se que a constipação é comum em pacientes vítimas de AVE agudos e pode estar relacionada à idade, aos medicamentos utilizados e a imobilidade no leito (WINGE; RASMUSSEN; WERDELIN, 2003).

A eliminação urinária espontânea foi citada por 55,4% dos pacientes e dos 44,6% que apresentavam alterações, 17,4% tinham incontinência urinária e 27,2% estavam em uso de sonda vesical de demora, e apenas um paciente declarou realizar tratamento dialítico do tipo hemodiálise.

As NHBs locomoção, mecânica corporal e motilidade foram analisadas em conjunto e a maioria da amostra, 64 pacientes (69,6%), possuía alteração nestas NHBs. O lado corporal mais afetado foi o direito, atingindo 33,7% dos pacientes, o esquerdo atingiu 22,8% e em ambos os lados foi presente em 13,1% dos pacientes.

Na Paraíba, em João Pessoa, foi realizado um estudo com 324 pacientes vítimas de AVE no período entre os anos de 2006 e 2010, que estavam vinculados às Unidades de Saúde da Família, e encontrou-se que o hemicorpo mais afetado foi o lado direito (RIBEIRO et al., 2012b).

Na Tabela 4 pode-se observar a distribuição das principais alterações na mobilidade física:

Tabela 4 – Alterações de mobilidade dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza – CE, 2015

Alterações de mobilidade	Nº	%
Paresia completa	01	1,1%
Hemiparesia Direita	20	21,7%
Hemiparesia Esquerda	14	15,2%
Hemiplegia a Direita	5	5,4%
Hemiplegia a Esquerda	3	3,3%
Lado Direito		
Parestesia a Direita	1	1,1%
Paresia em Membro Superior Direito	2	2,2%
Paresia em Membro Inferior Direito	1	1,1%
Lado Esquerdo		
Parestesia em Membro Superior Esquerdo	1	1,1%
Parestesia em Membro Inferior Esquerdo	1	1,1%
Membros Inferiores		
Paresia	2	2,2%
Parestesia	2	2,2%
Combinados		
Paresia dos dois Hemicorpos + Parestesia nos Membros Inferiores	1	1,1%
Hemiparesia Direita + Parestesia em Membro Inferior Direito	1	1,1%
Hemiparesia Direita + Hemiplegia E	1	1,1%
Hemiplegia Esquerda + Parestesia direita	1	1,1%
Hemiparesia Esquerda + Parestesia nos dois hemicorpos	1	1,1%
Hemiparesia Esquerda + Hemiplegia D	3	3,3%
Paresia em Membro Inferior Esquerdo + Parestesia em Membro Superior Esquerdo	1	1,1%
Paresia em Membro Inferior Esquerdo + Plegia em Membro Superior Esquerdo	1	1,1%
Paresia em Membro Inferior Direito + Plegia em Membro Superior Direito	1	1,1%

Fonte: Elaborada pela autora

Para Rangel, Belasco e Dicini (2013, p.210), “o estado funcional é apontado como um dos domínios determinantes da qualidade de vida dos pacientes, por isso a utilização de estratégias para melhorar a função física é um diferencial útil capaz de incrementar positivamente a vida após o acidente vascular cerebral”.

As alterações na NHBs de locomoção, mecânica corporal e motilidade, por consequência, acabam afetando as NHBs relacionadas ao cuidado corporal, ao exercício e

atividade física, ambiente a abrigo. O cuidado corporal torna-se afetado porque há alteração no modo como a pessoa se veste, toma banho e cuida do seu corpo individualmente.

A possibilidade da realização de algum exercício após o AVE também diminui, pois o paciente pode alegar que tem dificuldade de se movimentar e/ou realizar determinada atividade. E, por conseguinte, é necessário que exista adaptação no ambiente e no abrigo dos pacientes, a fim de que eles se movimentem com maior segurança.

As alterações na NHBs percepção também foram observadas, porém, apenas 38% da amostra relatou apresentar alguma modificação e dentre as citadas, teve-se: 14,1% dos pacientes com alteração visual, 13,0% com auditiva, 7,6% com tátil, 1,1% com gustativa, 1,1% com visual e auditiva, e 1,1% com visual e tátil. E, considerando a percepção dolorosa, 41,3% afirmou que sente algum tipo de dor após o AVE, e a mais prevalente foi a dor de cabeça, presente em 22,8% dos pacientes, mas também citou-se dor nos pés, no quadril, nas pernas, nos ossos e na coluna.

Em relação a regulação, 77,2% da amostra apresentou pulso cheio e regular e apenas 22,8% filiforme no momento da coleta de dados. E a temperatura dos pacientes permaneceu entre 34,4°C e 37,3°C com média de 35,9°C. Na Tabela 5 apresenta-se o demais dados coletados em relação a regulação cardiovascular:

**Tabela 5 – Dados do sistema cardiovascular dos pacientes vítimas de AVE estudados.
Fortaleza-CE, 2015**

Sistema Cardiovascular	Nº	%
Pele		
Corada	62	67,4%
Hipocorada	30	32,6%
Cianótica	0	0%
Não-cianótica	92	100%
Sudoreica	0	0%
Não-sudoreica	92	100%
Fria	06	6,5%
Aquecida	86	93,5%
Edema		
SIM	13	14,1%
Membros Superiores	01	1,1%
Membros Inferiores	08	8,7%
Anasarca	04	4,3%
NÃO	79	85,9%

Fonte: Elaborada pela autora

A NHBs sono e repouso não foi afetada em muitos pacientes, pois a maior parte dos participantes da pesquisa (72,8%) relataram dormir bem, 65,2% relataram que dorme com facilidade e 81,5% que acordam descansados após a noite de sono. A média de horas que dormem por dia foi de 7 horas ($dp = \pm 1,89$) e vale ressaltar que uma noite mal dormida pode trazer alterações como fadiga e irritabilidade.

A NHBs terapêutica foi manifestada no fato de que 8,7% dos pacientes afirmaram não tomar o remédio conforme a prescrição, tomando apenas quando passavam mal ou nem tomavam, enaltecendo a importância que exista adesão ao tratamento por todos os pacientes e não apenas por uma parcela.

As NHBs psicossociais são as necessidades relacionados ao convívio do ser com outros seres humanos e consigo mesmo (HORTA, 1979). Para alguns pesquisadores, alguns dados sociodemográficos, como baixa renda, baixa escolaridade, estrutura familiar fragilizada, vulnerabilidade social e falta de acesso a informações de saúde e educação compatíveis com sua faixa etária são capazes de afetar diretamente as NHBs psicossociais (SILVA et al., 2013a). E as mais afetada foi a de comunicação, porém também observou-se

que as NHBs psicossociais de aceitação e autoimagem, segurança, amor, sociabilidade e atenção são vistas como pontos importantes por parte dos pacientes.

No estudo, encontrou-se que 66,3% dos pacientes apresentavam-se alerta durante a coleta de dados, respondendo às perguntas de maneira apropriada e correta. Campos et al. (2014) em sua pesquisa, afirmaram que é necessário avaliar o comprometimento neurológico do paciente, considerando o momento imediato após o AVE até a fase crônica, pois só assim tem-se como avaliar o impacto do AVE nas funções cerebrais.

Os demais 33,7% pacientes apresentavam alterações no nível de consciência: 9,8% apresentavam-se confusos, respondendo às perguntas de modo desordenado, necessitando intervenção do acompanhante; 9,8% apresentavam-se letárgicos, respondendo às perguntas lentamente e demorando a raciocinar a cada indagação feita pela pesquisadora; 10,9% apresentavam-se torporosos durante a entrevista, respondendo apenas algumas perguntas acerca do sentimento pessoal após o AVE e com muita demora; 3,3% encontravam-se comatosos, sem nenhuma resposta a qualquer estímulo pela pesquisadora e com a entrevista sendo respondida por seus acompanhantes.

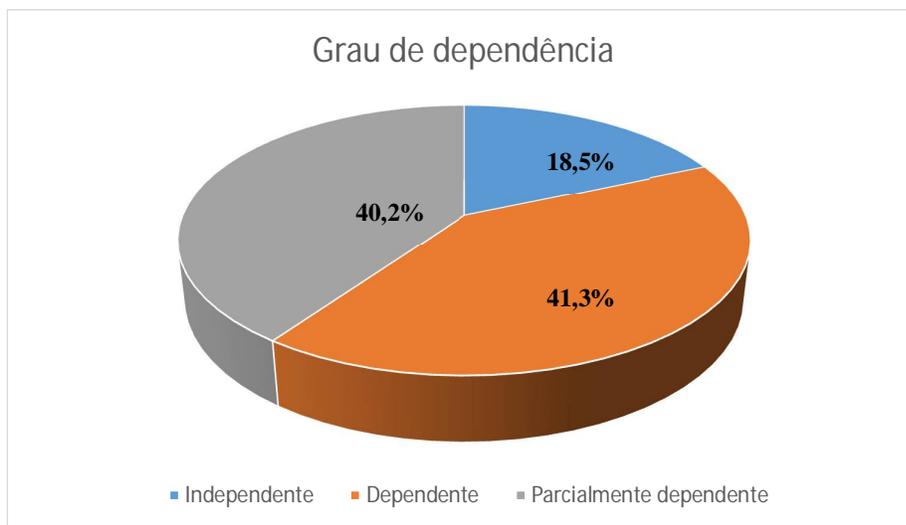
O estado geral da maioria dos pacientes era tranquilo (71,7%) e dos 28,3% que se encontravam-se agitados, alguns era devido a desorientação ou vontade de ir para casa por não gostarem de estar no hospital.

Em relação a NHBs de comunicação, 69,6% dos pacientes as apresentavam e, dentre elas, as formas mais presentes de expressá-la foram por meio da Disartria (33,7%) e a afasia (25,0%). As alterações na comunicação são as mais presentes após o AVE e são capazes de afetar diretamente a qualidade de vida do paciente pelo fato dele não conseguir expressar claramente suas necessidades de saúde (CHAVES et al., 2013).

Em estudo realizado no Ambulatório de Distúrbios Neurológicos Adquiridos da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo com pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral encontrou-se que as mais prevalentes são as afasias, as disartrias e as apraxias (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011). Nesta pesquisa, eles encontraram um percentual de disartria de 33%, corroborando com os dados achados no presente estudo. E, segundo outra pesquisa realizada com 741 pacientes vítimas de AVE, a afasia pode ser identificada em torno de 30% deles, confirmando os dados achados pela atual pesquisa (MASS; LEV; AY et al., 2012).

As NHBs psicossociais de aceitação e autoimagem foram expressadas pelo modo como os pacientes se veem dependentes de cuidados e ações de outras pessoas após o AVE. O grau de dependência relatado foi variável e pode-se perceber no Gráfico 2:

Gráfico 2 – Grau de dependência dos pacientes vítimas de AVE estudados. Fortaleza-CE, 2015



Fonte: Elaborada pela autora

Belasco, Rangel e Dicini (2013) em seu estudo com 139 paciente vítimas de AVE, encontraram o maior percentual de pacientes com grau de dependência parcial, corroborando com os dados encontrados no presente estudo. A evolução da dependência pode ser modificada, prevenida ou reduzida, pois é um processo dinâmico que exige profissionais de saúde qualificados e instituições que ofertem um serviço seguro e integral (MARINHO et al., 2013).

Os pacientes também expressaram as NHBs psicossociais segurança e amor por meio da afirmação de seus principais sentimentos em relação a sua vida e sua condição atual de saúde. Os principais sentimentos expressados foram: ansiedade, medo, nervosismo, estresse, preocupação, agitação, preocupação e apenas 5,4% dos pacientes relataram tranquilidade.

As NHBs de sociabilidade e atenção expressaram-se no fato de que 84,8% dos pacientes moram com a família e apenas 15,2% relataram morar sozinhos. O apoio da família é essencial após o AVE, visto que ele é importante para a recuperação do paciente por ser capaz de influenciar nos hábitos de saúde do paciente, diminuindo os fatores de risco.

A família tem como uma de suas principais atribuições a participação no ciclo saúde-doença de seus entes, podendo não determinar a adesão ao tratamento, mas quanto maior o vínculo familiar maior será a participação nos cuidados para com o paciente (MEDEIROS et al., 2012; SOARES et al., 2012).

O apoio da família ao paciente perdura durante todos os anos do tratamento e não somente na descoberta da doença, apoiando-o afetiva e socialmente e por meio de cuidados, porém ela também necessita que o paciente se responsabilize por seu tratamento, que os profissionais de saúde se façam presentes e que as mudanças sejam realizadas em conjunto paciente, família e profissionais de saúde (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011).

As NHBs psicoespirituais estão relacionadas à religiosidade, à espiritualidade e à ética, podem ser influenciadas pelo ambiente familiar, social e cultural e expressadas de diferentes maneiras por cada pessoa (HORTA, 1979; SILVA et al., 2013a). No presente estudo, ela foi expressa pelo relato de 60,9% dos pacientes, que afirmaram seguir alguma religião, e pelo fato de que 94,7% expressaram o desejo de apoio religioso e/ou espiritual.

A fé ou crença religiosa é uma fonte de apoio nos momentos em que a pessoa passa dificuldades pela doença, atuando como um meio de apoio e suporte para o paciente (FAQUINELLO; MARCON; WAIDMANN, 2011). Porém, o paciente tem que acreditar que a fé é válida, mas que o tratamento também é importante para a sua recuperação.

6 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA

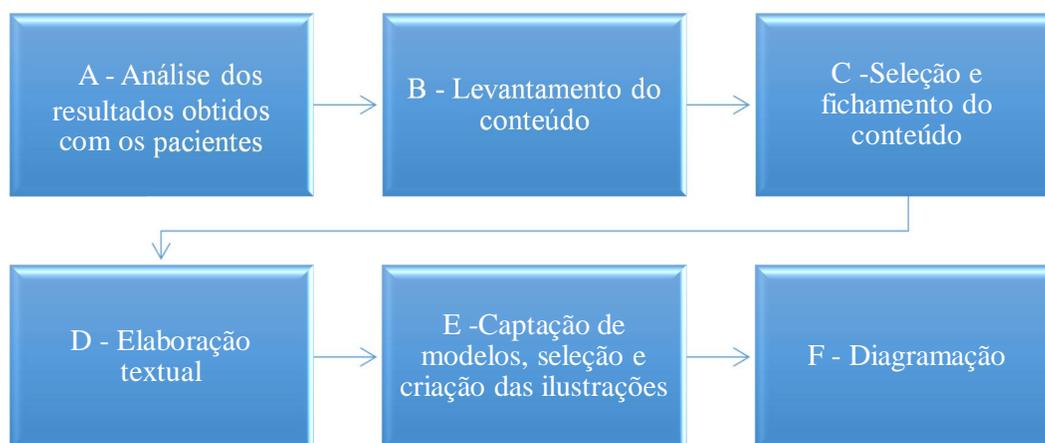
Após a coleta de dados com os pacientes e a posterior análise dos dados, construiu-se e validou-se uma cartilha educativa a ser trabalhada com os familiares dos pacientes vítimas de AVE para auxiliar nos cuidados após a alta hospitalar.

A cartilha foi elaborada de acordo com o proposto por Echer (2005) e Teles (2011), sobre a elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde, pois Teles (2011) em seu estudo colocou a fase de qualificação inclusa na fase de validação, fase na qual o pesquisador realizará as mudanças no material de acordo com os especialistas.

Porém, diferentemente destes autores, o presente estudo também utilizou para construir a cartilha os resultados obtidos no levantamento junto aos pacientes.

6.1 CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA

A primeira etapa de construção da tecnologia educativa, considerando a adaptação realizada ao modelo proposto por Echer (2005) e Teles (2011), correspondeu a criação do primeiro modelo da tecnologia, o qual foi enviado a validação pelos juízes.



A. Análise dos resultados obtidos com os pacientes

Etapa na qual a pesquisadora analisou os resultados obtidos com os pacientes vítimas de AVE que tinham alguma sequela. A análise foi realizada de acordo com a literatura existente e com a Teoria das NHBs.

B. Levantamento do conteúdo (artigos e outras referências)

Nesta etapa a pesquisadora buscou na literatura atualizada sobre os conteúdos considerados importantes para a prestação do cuidado a pacientes vítimas de AVE, visando o atendimento de suas NHBs.

Na ocasião, acrescentou-se mais conhecimentos ao estudo e dados que se considerou importante saber por meio da observação das principais dúvidas durante a entrevista, norteados o aprimoramento das informações contidas na cartilha.

C. Seleção e fichamento do conteúdo

Após a análise dos resultados da primeira coleta de dados e leitura do conteúdo, fez-se a seleção e fichamento dos assuntos mais relevantes de acordo com o objetivo do trabalho. Nesta etapa surgiram os primeiros tópicos da cartilha, de modo conciso, claro e objetivo, tentando sempre seguir uma sequência lógica de acontecimentos.

D. Elaboração textual

Etapa na qual as informações começaram a preencher os tópicos criados. As informações foram analisadas e aquelas que tiveram elevado cunho científico, foram novamente parafraseadas, a fim de que atingissem o senso comum e pudessem ser entendidas por qualquer público (TELES, 2011).

Nessa etapa foram criados novos tópicos e/ou retirados outros, por se prezar por informações que tivesse “objetividade, linguagem acessível, fácil compreensão e atratividade” (TELES, 2011, p.40). E, que as informações contidas na cartilha fossem válidas para atender as NHBs dos pacientes vítimas de AVE.

De início, optou-se por criar um personagem e realizar uma apresentação inicial dele, a fim de familiarizar os pacientes. Ele foi pensado do sexo masculino, pela prevalência do sexo masculino no estudo (66,3%) e a idade foi a média encontrada também no presente estudo. Depois, colocou-se uma ideia inicial do que é o AVE e seus principais tipos, para que os cuidadores não ficassem leigos em relação ao que seja o AVE.

Posteriormente, colocou-se os principais sinais/sintomas do AVE, como reconhecer um AVE e o que fazer quando identificar um AVE. Os dados destes tópicos foram

obtidos com os pacientes e também de acordo com as literaturas analisadas, assim eles aprendem a reconhecer os principais sinais/sintomas e o que fazer em casos de AVE.

Na página 7 há uma imagem do paciente com sua filha, visto que no estudo os principais cuidadores são os filhos ou cônjuges. Seguidamente, há uma página abordando hábitos de vida saudáveis, a fim de que haja conscientização acerca destes hábitos, e outra explicando o que é um cuidador e os tipos de cuidadores.

Depois, abordaram-se as principais alterações no domicílio, mesmo não sendo coletados dados acerca de como era o domicílio dos pacientes, utilizou-se as literaturas analisadas a fim de saber alguns cuidados que devem ser seguidos. A opção por este tópico surgiu pela importância de informar a família/cuidador que possíveis adaptações na casa podem ser necessárias.

A partir da página 11 até a página 17, abordou-se as principais NHBs afetadas nos pacientes vítimas de AVE de acordo com o estudo. Porém, por meio da literatura e da observação informal, percebeu-se que a dificuldade na alimentação é uma das sequelas que persiste mesmo após a alta hospitalar, sendo assim, mesmo sem atingir o percentil de 65% resolveu-se colocar orientações sobre esta sequela na cartilha.

As páginas 18, 19 e 20 foram pensadas como dicas aos cuidadores, acerca do que os pacientes precisam em relação as suas necessidades psicossociais e psicoespirituais. Porém, vale lembrar que mesmo não atingindo o percentil de 65% de pessoas afetadas, elas são vistas como pontos importantes por parte dos pacientes, sendo necessário sua explicitação no decorrer da cartilha.

As páginas 21 e 22 servem como um apoio aos cuidadores, para que possam colocar o nome dos remédios e os horários, bem como as datas das próximas consultas, para que não esqueçam.

E. Captação de modelos, seleção e criação das ilustrações

Após a organização de todo material descrito, seguiu-se para elaboração das ilustrações. Para esta etapa foi contratado um profissional especialista em desenhos, que recebeu informações acerca de como deveriam ser as ilustrações.

A pesquisadora acompanhou esse profissional durante a criação das imagens, a cada nova imagem criada ele enviava por e-mail e esperava a aprovação da pesquisadora ou orientações para torná-la mais adequada. As ilustrações teriam que ter pertinência com o tema em questão da cartilha, de modo a facilitar a compreensão do leitor (GONÇALES, 2007).

F. Diagramação

Com as ilustrações prontas, as páginas começaram a ser produzidas e configuradas de acordo com o proposto na elaboração textual. E, posteriormente, visando a continuidade do estudo, validou-se o conteúdo e as ilustrações da cartilha educativa por especialistas da área, pois ela pode vir a tornar-se um instrumento de elevada importância para os cuidadores de pacientes vítimas AVE devido seu poder de transmitir as informações necessárias para suprir as NHBs destes pacientes.

No início, a cartilha foi pensada para cuidadores de pacientes sequelados vítimas de AVE, por eles terem muitas NHBs afetadas, porém, no decorrer da produção da cartilha percebeu-se que o material educativo poderia ser destinado a todos os públicos, inclusive aos que não apresentavam sequelas visíveis do AVE, afinal, a tecnologia educativa aborda outros assuntos relacionados ao AVE, como por exemplo, como reconhecê-lo, o que fazer e uma parte destinada aos pacientes para marcação de consultas e aprazamento de medicações, e também porque no decorrer do tempo o paciente pode vir a ter algum tipo de necessidade e o material poderá servir como um meio de orientação. Em decorrência deste pensamento ficou decidido que a cartilha seria destinada aos cuidadores de pacientes vítimas de AVE de um modo em geral.

A cartilha inicial, submetida à avaliação dos juízes, tinha dimensão de uma folha de A5 (14,8 x 21 cm), com capa impressa em papel couché 80g com laminação brilho e miolo em papel couché 80g. O título inicial escolhido pela pesquisadora foi: “Acidente Vascular Encefálico: Ele chegou, e agora?”.

A sequência da cartilha foi pensada de modo a facilitar o entendimento dos cuidadores acerca do que é o AVE e os principais cuidados a serem realizados no domicílio. A seguir, a cartilha inicial, antes das considerações dos juízes especialistas.




Olá pessoal! Meu nome é Expedito. Tenho 63 anos e há um tempo sofri um Acidente Vascular Encefálico, também conhecido como AVE ou AVC. Eu e meus cuidadores passamos por muitas dificuldades após este AVE, então procurei um modo de ajudar as pessoas a diminuírem as dívidas em relação aos cuidados prestados a pacientes vítimas de AVE. Estivo aqui para esclarecer alguns assuntos relacionados a esta doença. Curtam e aproveitem, tudo foi desenvolvido pensando exclusivamente em você.

O QUE É O AVE?

O AVE trata-se da doença mais habitual e destruidora que afeta o cérebro, sendo capaz de gerar diversos comprometimentos nos movimentos e nas sensações das pessoas acometidas por ela¹. O AVE também é o que as pessoas chamam de derrame cerebral.

TIPOS DE AVE:

AVE ISQUÊMICO:

Neste tipo, o sangue não chega a determinada área do cérebro, pois um vaso sanguíneo entupido não o deixa passar.

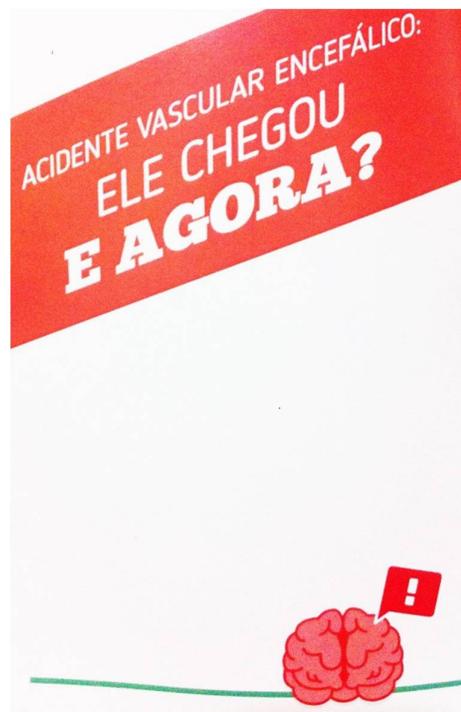


AVE HEMORRÁGICO:

Neste tipo, existe um extravasamento de sangue para o cérebro ou para o espaço subaracnóide.



1. Prigent LM, Porguez F, Bou M, et al. Ocorrência entre sangue no cérebro, epilepsia e risco de paralisia em acidente vascular cerebral.



SINAIS E SINTOMAS

1. ALTERAÇÕES NOS MEMBROS



DORMÊNCIA



FORMIGAMENTO



PARALISIA

2. ASSIMETRIA FACIAL



ATENÇÃO: para observar se a boca está desviada, peça para o paciente sorrir ou assobiar. Se houver paralisia, esta será facilmente notada com essas manobras.

3. ALTERAÇÕES DA FALA



AFASIA - é a incapacidade do paciente em dizer nomes de coisas e pessoas.

DISARTRIA - o paciente apresenta dificuldade em pronunciar ou falar as palavras.

DISFASIA - o paciente possui grande dificuldade na expressão e na compreensão, tanto verbal quanto escrita.

4. CONFUSÃO MENTAL



Perda da noção do tempo, não sabendo dizer o ano nem o mês que estamos. Pode também ficar desorientado espacialmente, não reconhecendo o local onde está.

5. ALTERAÇÕES NA MARCHA



O paciente com AVE pode ter dificuldade em andar.

6. VISÃO SUBITAMENTE ENUBLADA OU PERDA DE VISÃO



Visão turva ou dupla, especialmente se for em um olho só.

7. FORTE DOR DE CABEÇA



SINAIS E SINTOMAS | 5

COMO RECONHECER E O QUE FAZER EM CASOS DE AVE



Fraqueza Facial: a pessoa pode sorrir? Tem a sua boca ou um olho caído? Se a pessoa entortar a boca ou se o sorriso sair torto pode ser um AVE.



Fraqueza no braço: a pessoa consegue levantar os braços? Consegue dar um abraço? Se a pessoa tiver dificuldade de levantar um dos braços ou de permanecer com um dos braços levantados pode ser um AVE.



Problemas de expressão: a pessoa consegue falar com clareza e entender o que lhe dizem? Se a pessoa não conseguir falar uma mensagem, uma frase... pode ser sinal de AVE.



O que fazer: Chamar o SAMU – 192. Chamar a ambulância do plano de saúde. Em casos mais urgentes, que não se possa chamar socorro, levar o paciente para um hospital ou UPA mais próximo.

6 | AVE – ELE CHEGOU, E AGORA?

CUIDADOS PÓS-AVE



HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

ALIMENTOS QUE DEVEM SER PRIORIZADOS



Cereais integrais, leguminosas, hortaliças, frutas e óleos vegetais.

ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS



Frituras, sal, gorduras, fast foods, alimentos refinados, salgadinhos, produtos congelados, embutidos, refrigerantes e bebidas alcoólicas.

ATENÇÃO: Nenhum alimento é proibido, apenas sua ingestão não é considerada saudável. Lembre-se: Siga as orientações do profissional de saúde que o acompanha. Assim, nenhum nutriente faltará ao seu organismo.



CUIDE-SE

Evite fumar

Consulte seu médico e, se possível, pratique exercício físico. Quando recomendado é bom para a saúde e para a mente.

8 | AVE – ELE CHEGOU, E AGORA?



Após o AVE precebi de cuidados especiais em casa, pois eu não conseguia realizar algumas atividades que eu já estava acostumado a realizar no meu dia a dia. Recebi este cuidado de pessoas chamadas cuidadores, que são pessoas responsáveis por zelar pelo nosso bem-estar e suprir nossas deficiências, mas utilizando objetivos estabelecidos por profissionais de saúde*. Recebi cuidados de dois tipos de cuidadores:

1. Cuidadores formais: pessoas especializadas contratadas por minha família;
2. Cuidadores informais: pessoas que cuidaram de mim sem receber nada em troca, alguns dias era alguém da minha família e em outros era algum amigo(a).

* Lei nº 10.241, de 24 de maio de 2001, que institui o Estatuto do Cuidador. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2001/le10241.htm. Acesso em: 10/05/2016.

CUIDADORES | 9

MINHAS PRINCIPAIS ATIVIDADES DE VIDA

Eu fiquei sem mexer o meu lado direito, mas com a ajuda dos meus cuidadores eu consigo realizar muitas atividades. Alvo algumas dicas para que você e seu cuidador sejam parecidos nas atividades. As dicas são voltadas para seus familiares e/ou cuidadores, a fim de ajudá-los a prestar um cuidado mais seguro e de melhor qualidade.



A PREPARAÇÃO DA CASA



- Evitar tapetes.
- Evitar deixar objetos espalhados pelo chão.
- Evitar deixar plantas e comidas dos animais espalhados pela casa. Melhor escolher locais fixos onde o cuidador e o paciente saibam onde estão.



- Reorganização dos móveis para facilitar a caminhada dentro de casa.
- Deixar os materiais de uso do paciente em local próximo a ele, de modo que se ele desejar pegá-los não comprometa a sua segurança (isso inclui peças de roupa, pente, escova e etc).



- Iluminação adequada.
- Em casa de dois andares, acomode o paciente no térreo, assim ele não terá que subir escadas e correr o risco de cair e/ou escorregar nos degraus.



- Para as famílias que tem pacientes mais dependentes ou idosos, barras horizontais devem ser instaladas nos banheiros e no decorrer da casa.
- Observar se dispositivos (bengalas, cadeiras de rodas, calçados e óculos) estão adequados para o paciente e para o ambiente.

10 | AVE - ELE CHEGOU, E AGORA?

ALIMENTAÇÃO

1. Primeiro de tudo, deve-se observar o estado geral dos dentes e a eventual possibilidade de colocação de prótese dentária.



2. Se o paciente estiver acamado, levantar a cabeceira da cama até deixar o paciente sentado. Se o paciente puder andar, leve-o até a mesa e sente-o ereto numa cadeira normal, o mais perto possível da mesa e com os pés apoiados no chão ou em um apoio de pé. Em ambas as posições, de preferência, a cabeça deve estar levemente inclinada para frente, a fim do paciente não engasgar.



ALGUMAS DICAS TAMBÉM PODEM SER VÁLIDAS:

1. Sente-se para alimentar a pessoa com AVE, de preferência do lado afetado, para que ocorra estimulação do braço.



2. Estimule a pessoa a alimentar-se sozinho, mas com supervisão.

3. Encoraje o paciente a comer lentamente, dando tempo para que mastigue e engula os alimentos convenientemente.



4. Se for necessário, algumas medidas de adaptação podem ser realizadas:

12 | AVE - ELE CHEGOU, E AGORA?

BANHO E HIGIENE PESSOAL



1. Primeiro de tudo deve-se avaliar o grau de dependência do paciente, se ele tem condições de tomar banho sentado ou em pé, se ele tem condições de ficar sozinho ou precisa ficar acompanhado.



2. Também deve-se verificar se o banheiro tem piso antiderrapante e se a cadeira, no caso do paciente ter que utilizá-la, passa pela porta e cabe dentro do banheiro.



3. PARA PACIENTES HEMIPLÉGICOS:
No caso do paciente tomar banho sentado, oriente-o a quando for lavar os membros inferiores sempre colocar o braço sem movimento junto à barriga, de modo que ele não fique preso entre as pernas.
No caso do paciente tomar banho em pé, sempre orientá-lo a sentar quando for lavar os membros inferiores.



4. PARA PACIENTES COM PLEGIA EM AMBOS OS MEMBROS:
O banho e a higienização pessoal devem ser realizadas no próprio leito para dar uma maior segurança ao paciente.

OBSERVAÇÃO: A higiene pessoal é uma atividade que deve ser feita com as duas mãos, logo, é interessante que o paciente também comece a utilizar o membro afetado. Estimule o paciente a ter mais independência, porém não force atividades além do que ele pode.

ALIMENTAÇÃO | BANHO E HIGIENE PESSOAL | 13

Orientar o paciente a sempre começar a retirar a roupa pelo lado não afetado.



Orientar o paciente a sempre começar a colocar a roupa pelo lado afetado.



• Para pacientes com plegia em ambos os membros:
A atividade deve ser realizada pela pessoa responsável no próprio leito.



VESTINDO-SE | 15

VESTINDO-SE

1. Sempre deve-se considerar a opinião do paciente, questionando-o sobre como ele realizava esta atividade.

2. Lembrar que sempre existem inúmeras maneiras de se colocar e de se retirar uma peça de roupa, deve que o paciente decida o que é melhor para ele.



CASO O PACIENTE NÃO CONSIGA SOZINHO, SIGA AS SEGUINTE DICAS:

• Para pacientes hemiplégicos:
Orientar o paciente acerca da importância de começar a realizar esta atividade sentado e só posteriormente, quando tiver mais segurança, realizá-la em pé.



14 | AVE - ELE CHEGOU, E AGORA?

MOBILIDADE

1. Para pacientes com plegia em ambos os membros:

• A movimentação destes pacientes é altamente restrita, porém os cuidadores devem realizar a mudança na posição deitada de 2/2 horas, para que se evite feridas na pele.
• A mobilidade no leito também pode ser de acordo com as orientações para os pacientes hemiplégicos, mas considerando os dois lados dos pacientes.

2. Para pacientes hemiplégicos:

• Quando estão no leito, a mudança na posição deitada de 2/2 horas, para que se evite feridas na pele.

SIGA AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES



1. DISPOSIÇÃO DOS TRAVESEIROS
Na cama do paciente, os travesseiros devem encontrar-se nesta posição. Assim, evitará que ele tenha traumas e posturas que possam prejudicá-lo depois.

2. POSIÇÃO ENQUANTO DEITADO

DE COSTAS - Nesta posição, o paciente deve ter a sua cabeça e o seu braço afetado em posição anatômica.

SOBRE O LADO AFETADO - Nesta posição, o paciente deve ter o seu braço afetado estendido sobre o travesseiro e sua cabeça apoiada em uma pequena almofada.

SOBRE O LADO NÃO AFETADO - Nesta posição, o paciente deve ter o seu braço afetado também estendido e a cabeça do lado afetado em posição anatômica. Não se esqueça de colocar a cabeça de acordo com o corpo.



16 | AVE - ELE CHEGOU, E AGORA?

3. MOVIMENTANDO-SE NA CAMA

DESLOCAMENTO LATERAL - Você deve colocar uma mão no quadril e outra na joelho afetado e, depois, dar o estímulo para que ele levante e cambie de posição.



RODANDO O CORPO - Você deve colocar uma mão no quadril e outra no ombro afetado, torcendo para que ele se levante e se deite na hora do deslocamento.



4 - COMO SEGURAR A MÃO E SENTAR-SE NA CAMA

SEGURANDO A MÃO - Estes dois desenhos de como segurar a mão do paciente são preventivos de lesões à mão dele.



SENTANDO NA CAMA - Para ajudar o paciente a sentar, estire-o e a dobrar as pernas e coloque sua mão no apoio da cabeça para que ele possa fazer isso sem cair.



5. PASSAGEM PARA FICAR DE PÉ

Você pode colocar um apoio na frente do paciente para auxiliá-lo a levantar. Se o paciente for muito dependente você pode ajudá-lo.



6. ANDANDO

Você pode andar com o paciente segurando a mão e ajudá-lo a caminhar com a primeira figura ou segurando o quadril dele conforme mostra a segunda figura.



MOBILIDADE | 17

A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES

Estou quase terminando de dar minhas dicas acerca do que vocês precisam saber para cuidar do seu paciente, mas nunca esqueça que além de amor, compreensão e carinho, você deve:

- Manter sempre o paciente informado, seja sobre a hora do dia, a data do mês, as coisas que acontecem em casa;
- Conversar com ele, estimulando a comunicação. Se o paciente não estiver falando estimule a comunicação por gestos e, se ele não falar corretamente, estimule-o a falar normal e correto, mas não o contija a ponto de causar constrangimento;
- Falar de forma clara, calma, pausadamente e com frases curtas, olhando-o nos olhos e certificando-se a mensagem é compreendida;
- Tentar fazer perguntas que possam ser respondidas com "sim" ou "não" e evitar assuntos emotivos ou longos;
- Deixá-lo realizar, sob supervisão, pequenas atividades, para que ele possa começar a sentir-se útil novamente e ter confiança;
- Lembrar de parabenizá-lo sempre que uma nova atividade for conquistada;
- Lembrar de que são comuns as flutuações de humor: choro ou riso fácil, confusão e irritabilidade;
- Agir de forma natural e sincera, tratando-o como anteriormente, estimulando e incluindo ele na tomada de decisões, permitindo a retomada de algumas atividades e sua participação em eventos sociais.



APOIO DA FAMÍLIA, AMIGOS E DA IGREJA | A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES | 19

APOIO DA FAMÍLIA, AMIGOS E DA IGREJA



Obrigado por prestarem atenção no material que preparei especialmente para vocês. Mas todos estes cuidados só serão válidos se vocês (cuidadores/família):

- Levar seu paciente ao médico (principalmente para realizar os exames de rotina – sangue, urina, tomografia / medir a pressão arterial / medir a glicemia)
- Seguir todas as recomendações dos profissionais da saúde que acompanham o seu paciente
- Auxiliar o paciente a tomar todas as medicações no horário correto, conforme a prescrição dos médicos responsáveis pelo tratamento dele



Para realizar a validação da cartilha, foi considerado o modelo proposto por Echer (2005) e adaptado por Teles (2011). Porém, diferentemente deles, a pesquisadora preferiu adequar a cartilha após a consulta com os especialistas da área e antes de consultar o público alvo, pois espera-se que quando o material educativo chegue ao seu objetivo final ele esteja o mais completo possível.

Nas próximas etapas estão descritas informações acerca da validação de aparência e conteúdo da cartilha educativa junto aos especialistas da área de interesse.

6.2 AMOSTRA DE JUÍZES DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA

A amostra da segunda fase do estudo, da validação de conteúdo e aparência da tecnologia educativa, foi formada por juízes com experiência na área de neurologia, em específico de AVE, e na preparação/validação de manuais educativos. A estes especialistas foi dada a responsabilidade de avaliar os itens que compõem a cartilha.

Como o número ideal de juízes deve estar entre 6 e 20 especialistas na área e sempre corresponder a um número ímpar, para evitar o empate de opiniões, a pesquisadora estipulou um número de 19 juízes (PASQUALI, 1997; VIANNA, 1982).

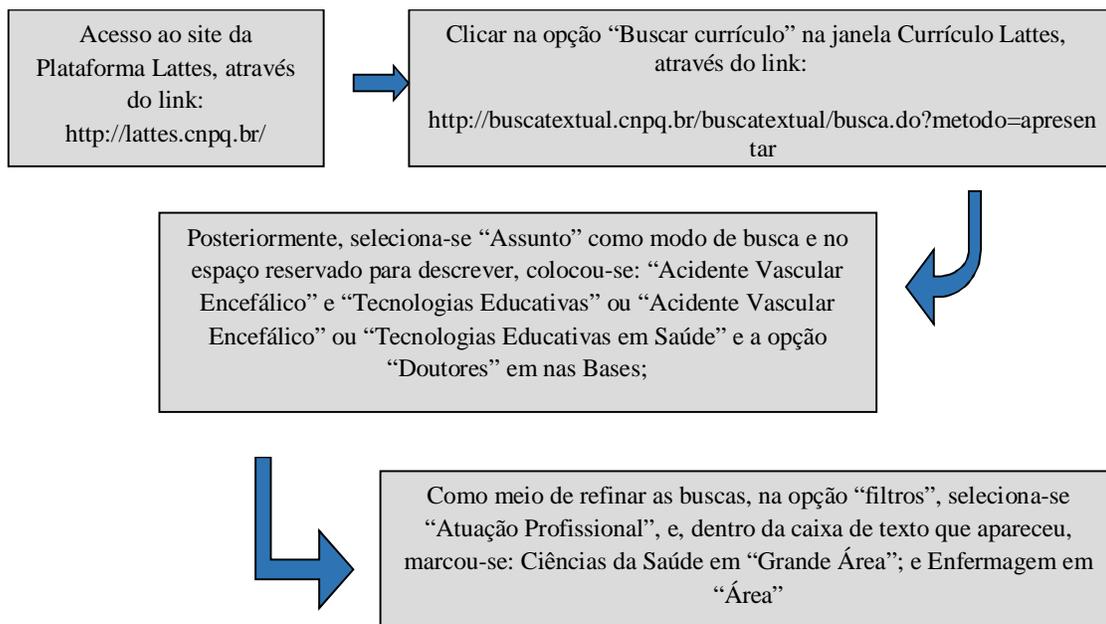
Tendo o objetivo de se ter um trabalho feito em equipe, a avaliação do material educativo frente aos juízes técnicos, ocorreu por diferentes categorias profissionais, sempre visando e valorizando a opinião de cada categoria sobre o mesmo assunto (ECHER, 2005). Inicialmente, a divisão dos juízes em grupos seguiu-se de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 – Primeira divisão dos juízes segundo a sua função durante a validação.

Juízes de Conteúdo	Juízes Técnicos	Juízes com experiência em design e marketing
<p style="text-align: center;">n = 9</p> <p style="text-align: center;">Pesquisadores/Docentes com experiência em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias educativas • Validação de instrumento • Doenças Cerebrovasculares, em especial, na área de AVE 	<p style="text-align: center;">n = 7</p> <p style="text-align: center;">Profissionais com experiência no cuidado clínico a pacientes neurológicos, em especial, com AVE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico • 1 Psicólogo • 1 Nutricionista • 1 Fisioterapeuta • 1 Terapeuta Ocupacional • 2 Enfermeiros 	<p style="text-align: center;">n = 3</p> <p style="text-align: center;">Profissionais com experiência em design e marketing responsáveis pela complementação da validação do conteúdo e aparência</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Design Gráfico • 1 Publicitário • 1 Analista de marketing

Fonte: Elaborado pela autora

Para a seleção dos juízes de conteúdo, na área de pesquisadores/docentes, optou-se realizar a seleção pela Plataforma Lattes. A busca pela Plataforma Lattes teve a seguinte ordem:



Após a busca na Plataforma Lattes, a pesquisadora aplicou o sistema de classificação de juízes descrito por Joventino (2010), que fez sua própria classificação de experts baseando-se nos critérios de Fehring (1994), como um meio de selecionar somente os experts na área do estudo e que podiam avaliar de modo mais eficaz o conteúdo dos itens submetidos.

A seguir o quadro de pontuação para escolha de classificação dos juízes adaptado a este estudo:

Quadro 2 – Critérios de seleção para juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores) em enfermagem

Juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores)	Pontuação
Ser doutor	---
Possuir tese na área de interesse*	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Possuir dissertação na área de interesse*	2 pontos
Possuir artigo publicado em periódico indexado em área de interesse*	1 ponto
Possuir atuação prática (clínica, ensino, pesquisa) com pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico	2 pontos
Ser especialista na área de interesse*	2 pontos

*Área de interesse: Assistência ao paciente vítima de Acidente Vascular Encefálico; e Tecnologia educativas em saúde.

E, como critérios de inclusão, teve-se: ser doutor na área de interesse do estudo, pois acredita-se que eles têm maior excelência no assunto; disponibilidade de responder o instrumento de avaliação da cartilha enviado pela pesquisadora; e obter um mínimo de pontuação 5 no sistema de classificação de juízes. Ao final da classificação, 20 juízes preencheram os critérios de inclusão e foram convidados a participar do estudo por meio de uma carta convite (Apêndice D) enviada por correio eletrônico.

A pesquisadora esperou um prazo de 5 dias úteis para a resposta do e-mail, após este prazo, um novo e-mail foi encaminhado aos pesquisadores que não responderam e deu-se um novo prazo de 5 dias úteis. Ao final do prazo, 8 juízes não responderam ao e-mail, 12 juízes responderam o e-mail, porém um deles disse que não poderia participar do estudo por estar de licença maternidade, totalizando 11 juízes.

Logo, o material para validação e a cartilha foram enviados para 11 juízes e eles tiveram um prazo máximo de quinze dias úteis para devolver o instrumento devidamente preenchido. Após este prazo, nenhum dos juízes respondeu o instrumento e um novo prazo de dez dias úteis foi dado. Após 25 dias úteis, 7 pesquisadores responderam o instrumento e a análise foi realizada.

Para compor a amostra dos juízes técnicos, os profissionais tinham que possuir experiência na área de interesse do estudo, assistência ao paciente vítima de AVE. Estes profissionais foram selecionados por bola de neve, critério de seleção no qual um profissional selecionado sugere outros participantes (POLIT; BECK, 2011). A esta parte da amostra também aplicou-se um sistema de classificação de juízes criado pela autora e adaptado do modelo de Fehring (1994):

Quadro 3 – Critérios de seleção para juízes técnicos

Juízes Técnicos	Pontuação
Ter experiência na prática clínica na área de interesse*	1,0 pontos/ano
Tempo de atuação prática com pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico	0,5 pontos/ano
Tempo de atuação prática com pacientes sequelados de Acidente Vascular Encefálico	0,5 ponto/ano
Possuir especialização na área de interesse*	1,0 ponto
Ter participado de eventos/palestras/congressos na área de interesse*	0,2 pontos/evento
Ter apresentado trabalhos em eventos na área de interesse*	0,2 pontos/trabalho
Ter experiência docente na área de interesse*	1,0 ponto
Trabalhar no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) em uma das unidades responsáveis pelo atendimento de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico	0,5 pontos

*Área de interesse: Assistência ao paciente vítima de Acidente Vascular Encefálico; e Tecnologias educativas em saúde.

Como critérios de inclusão, teve-se: ter experiência no atendimento a pacientes vítimas de AVE; e obter um mínimo de pontuação 5 no sistema de classificação de juízes. Os juízes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo e responderam o mesmo instrumento ofertado aos juízes de conteúdo (docentes/pesquisadores).

Para complementar a amostra de juízes técnicos, foram convidados concomitantemente cinco profissionais de propaganda e marketing, com o objetivo de avaliar a adequabilidade da cartilha para o fim a que se propõe. Porém, dois juízes não realizaram a devolutiva do instrumento devidamente preenchido. Ao final da coleta de dados, a amostra final foi de 17 juízes segundo o exposto no Quadro 4.

Quadro 4 – Divisão final dos juízes segundo a sua função durante a validação.

Juízes de Conteúdo	Juízes Técnicos	Juízes com experiência em design e marketing
<p>n = 7</p> <p>Pesquisadores/Docentes com experiência em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tecnologias educativas • Validação de instrumento • Doenças Cerebrovasculares, em especial, na área de AVE 	<p>n = 7</p> <p>Profissionais com experiência no cuidado clínico a pacientes neurológicos, em especial, com AVE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Médico • 1 Terapeuta ocupacional • 2 Fonoaudiólogos • 1 Fisioterapeuta • 2 Enfermeiros 	<p>n = 3</p> <p>Profissionais com experiência em design e marketing responsáveis pela complementação da validação do conteúdo e aparência</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Designs Gráficos • 1 Publicitário

Fonte: Elaborado pela autora.

6.3 VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA

Esta etapa corresponde a fase G de construção e validação da cartilha educativa.



G - Consulta a
especialistas na
área de interesse

A validade de um instrumento qualitativo “indica em que grau o instrumento mede aquilo que supostamente deve medir” (POLIT, 2011, p.414). Logo, pode-se inferir que quando um instrumento é colocado para validação é sua aplicação que está sendo posta em validade (POLIT; BECK; HUNGER, 2004; POLIT; BECK, 2011).

Na validação, o importante não é apenas verificar a validade do instrumento e sua aplicação, mas sim saber determinar o grau desta validade, afinal “não se comprova, estabelece ou verifica a validade de um instrumento; na verdade, ela é sustentada, em maior ou menor grau, por dados científicos” (POLIT, 2011, p.417).

E, para avaliar um instrumento seguindo os parâmetros da validação, é necessário que ela atenda de três outros aspectos: a validade de conteúdo, do critério e do constructo (PASQUALI, 1997; POLIT; BECK, 2011).

Para a coleta de dados com os juízes foram utilizados dois instrumentos diferentes: um para o grupo de juízes de conteúdo e juízes técnicos com experiência no cuidado clínico a pacientes neurológicos, em especial, com AVE (Apêndice E); outro para os juízes técnicos da área de design e marketing (Apêndice F).

O instrumento de coleta de dados para o grupo de juízes de conteúdo e técnicos foi baseado e adaptado do instrumento de Oliveira (2006), no qual procurou-se a validação de uma tecnologia educativa para o autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia. O instrumento trazia questões acerca da formação profissional e avaliou a cartilha segundo objetivo, relevância, estrutura e apresentação, sempre trazendo após cada tópico um espaço para sugestões.

O instrumento de coleta de dados para o terceiro grupo de juízes, da área de design e marketing, foi elaborado seguindo os preceitos do instrumento elaborado por Doak, Doak e Root (1996), chamado Suitability Assessment of Materials (SAM) e no qual os

pesquisadores listaram atributos relacionados a adequação cultural, conteúdo, escrita, motivação e aparência.

Nesta etapa, a cartilha juntamente com o instrumento de avaliação e o TCLE foram encaminhados aos juízes para que se pudesse proceder a validação.

6.4 ANÁLISE DOS DADOS DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA FRENTE AOS JUÍZES DE CONTEÚDO E ESPECIALISTAS

Como meio de mensurar a validação dos juízes de conteúdo, especialistas na área de neurologia, em específico de AVE, e na preparação/validação de manuais educativos, e técnicos na área de neurologia, em especial de AVE, os itens propostos na tecnologia educativa deviam apresentar Índice de Validade do Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,78. O IVC “permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo” (ALEXANDRE; COLUCI, 2011, p.3065).

O IVC “indica em que medida as opiniões dos pesquisadores são congruentes (POLIT; BECK, 2011, p.415). E, ele foi calculado para cada item, individualmente, por meio da seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

ALEXANDRE; COLUCI, 2011, p.3065

Na fórmula, somou-se todos os itens que tiveram respostas “3” ou “4” pelos especialistas e dividiu-se pelo número total de respostas, ressaltando que os itens que tiveram pontuação “1” ou “2” passaram por uma revisão ou foram eliminados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; GRANT; DAVIS, 1997). Por este motivo, o IVC também pode ser definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação variando de 3 a 4 pelos especialistas (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

Participaram da validação da cartilha 7 juízes de conteúdo e 7 juízes técnicos. A análise dos juízes de conteúdo e técnicos foi realizada em conjunto, visto que eles responderam o mesmo instrumento.

A maioria (85,7%) dos juízes de conteúdo e técnicos eram do sexo feminino e possuíam uma idade média de 36,9 (dp = ± 7,44 anos), porém, dois juízes deixaram de

responder o quesito idade. Na Tabela 6 estão contidas as informações acerca da descrição do perfil dos juízes de conteúdo e especialistas.

Tabela 6 – Características dos juízes de conteúdo e especialistas. Fortaleza – CE, 2015

Variáveis	Juízes de Conteúdo n = 7	Juízes especialistas n = 7
Formação		
Enfermagem	07	02
Fonoaudiologia	--	02
Medicina	--	01
Fisioterapia	--	01
Terapia Ocupacional	--	01
Tempo de formação		
5 a 10 anos	04	04
> 15 anos	03	03
Tempo de trabalho na área		
1 a 5 anos	02	02
6 a 10 anos	04	04
> 10 anos	01	01
Titulação		
Doutorado	07	--
Mestre	--	02
Residente	--	01
Especialista	--	04
Publicações		
Acidente Vascular Encefálico	--	02
Validação de instrumentos + Tecnologias Educativas	01	--
AVE + Validação de Instrumentos	02	--
AVE + Validação de instrumentos + Tecnologias Educativas	01	--
AVE + Outros (cuidador de idosos)	01	--
AVE + Outros	01	--
Validação de instrumentos + Tecnologias Educativas + Outros	01	--
Neurologia	--	01

 Processo de Enfermagem

--

01

Fonte: Elaborada pela autora

Todos os juízes de conteúdo são doutores, afinal, espera-se que tenham maior experiência para julgar e analisar o material educativo, e com relação à área de atuação, 6 trabalham com docência e 1 trabalha na atenção básica. E, considerando os juízes especialistas, todos trabalham na unidade de AVE do Hospital cenário da pesquisa com a respectiva função indicada no quesito formação.

A primeira parte a ser analisada pelos juízes foi relacionada aos objetivos da cartilha, que se referem aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com a utilização da cartilha. Os dados estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7 – Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto aos objetivos da cartilha. Fortaleza – CE, 2015

Objetivos	Parcialmente		Totalmente adequado	NA (Não se aplica)	IVC	
	Inadequado	Adequado				
1.1 São coerentes com as necessidades dos pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em relação a preparação da família/cuidador para a prestação de cuidados	--	--	03	11	--	1,0
1.2 São coerentes do ponto de vista do suprimento das Necessidades Humanas Básicas (NHBs) dos pacientes vítimas de AVE	--	--	04	10	--	1,0
1.3 Promove mudança de comportamento e atitudes	01	02	06	04	01	0,71
1.4 Pode circular no meio científico da área de doenças cerebrovasculares	--	--	03	11	--	1,0
1.5 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com AVE e com pacientes vítimas de AVE	--	--	03	10	01	0,92

Fonte: Elaborada pela autora

O item 1.3 foi julgado inadequado, parcialmente adequado e não se aplica por quatro juízes, tendo IVC de 0,71. Dois juízes alegaram que não tem como responder se promoverá mudanças de hábitos, apenas com outro estudo testando o impacto da cartilha seria

possível; um que a atitude para mudança depende de fatores pessoais como a motivação e a compreensão das informações (nesse caso, informações escritas); e outro que todo material educativo pode ajudar ou levar uma reflexão para mudança de comportamento, porém ele em si não promove mudança de comportamento.

Porém, considerou-se o quesito 1.3 validado pelo fato de se ter o objetivo de continuar a pesquisa realizando um estudo clínico com os cuidadores de pacientes vítimas de AVE por meio da aplicação do material educativo.

Um juiz marcou não se aplica no item 1.5 por que ele afirmou que não conhece os objetivos das instituições que trabalham com este público, visto que ele é especialista em validação de instrumentos e tecnologias educativas.

Ao final da análise dos objetivos, teve-se um IVC geral de 0,92.

O segundo quesito a ser validado foi referente à estrutura e apresentação da cartilha, que corresponde a forma de apresentar as orientações. Incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. Os dados foram expostos na Tabela 8.

Tabela 8 – Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto à estrutura e apresentação da cartilha. Fortaleza – CE, 2015

Estrutura e apresentação	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA (Não se aplica)	IVC
2.1 A cartilha é apropriada para a orientação da família/cuidador acerca das NHBs dos pacientes vítimas de AVE	--	01	02	11	--	0,92
2.2 As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva	--	01	08	05	--	0,92
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	--	--	03	11	--	1,0
2.4 A cartilha está adequada ao nível sociocultural do público-alvo proposto	--	04	08	02	--	0,71
2.5 Há sequencia logica do conteúdo proposto	--	--	04	10	--	1,0
2.6 As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia	--	04	03	07	--	0,71
2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	01	04	05	04	--	0,64
2.8 As informações da capa, contracapa, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes	--	01	03	10	--	0,92
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado	01	01	03	09	--	0,85
2.10 As ilustrações são expressivas e suficientes	--	02	02	10	--	0,85
2.11 O número de páginas está adequado	--	--	04	10	--	1,0

Fonte: Elaborada pela autora

Os itens 2.4 e 2.7 tiveram um IVC considerado baixo. Alguns juízes justificaram que há alguns termos técnicos na cartilha que podem comprometer o entendimento do seu conteúdo pelos cuidadores leigos, sugerindo que eles fossem definidos em nota de rodapé.

Porém, ao invés de notas de rodapé, preferiu-se substituir os termos por uma palavra de mais fácil entendimento por parte dos pacientes. E outro juiz alegou que a escrita deveria ficar um pouco mais resumida e objetiva. Após as sugestões dos juízes e correções na cartilha conforme as orientações, considerou-se os itens validados.

O item 2.6 também atingiu um IVC inferior a 0,78, visto que como se trata de algo com fins de ampla divulgação, é necessário passar por uma revisão de português mais detalhada. Assim, como a cartilha após correções dos juízes passou por uma revisão criteriosa de português, considerou-se o item validado.

Um juiz marcou inadequado no tamanho do título e dos tópicos, ele afirmou que o tamanho dos títulos e subtítulos devem ser escritos em letras tamanho 13 ou 14 e com letra Times News Roman. A sugestão foi acatada em parte pela pesquisadora do atual estudo, pois colocou-se a letra Times New Roman tamanho 13 nos títulos e nos subtítulos 12.

Em relação a capa, dois juízes sugeriram que o termo AVE fosse substituído pelo termo AVC, pois ele já está amplamente difundido entre a população. E, o item 2.11, relacionado a avaliação do material (papel/impressão), foi retirado da avaliação, pois como metade dos juízes optou receber o material via correio eletrônico avaliar este item era inviável. Porém, a cartilha inicial, submetida a avaliação dos juízes, tinha dimensão de uma folha de A5 (14,8 x 21 cm), com capa impressa em papel couché 80g com laminação brilho e miolo em papel couché 80g.

Ao final da análise referente à estrutura e apresentação, teve-se um IVC geral de 0,86. O último quesito a ser analisado foi em relação à relevância da cartilha, parte referente a avaliação do grau de significação da cartilha apresentada. Os dados estão expostos na Tabela 9.

Tabela 9 – Avaliação dos juízes de conteúdo e especialistas quanto à relevância da cartilha. Fortaleza – CE, 2015

Relevância	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA (Não se aplica)	IVC
3.1 Os temas retratam os aspectos chave que devem ser reforçados	--	--	05	09	--	1,0
3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	01	--	04	09	--	0,92
3.3 A cartilha propõe a família/cuidador adquirir o conhecimento necessário para realizar a prestação de cuidados necessária no domicílio ao paciente vítima de AVE	--	--	06	08	--	1,0
3.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para que a família/cuidador saiba suprir, através da prestação de cuidados, as NHBs dos pacientes vítimas de AVE	--	01	05	08	--	0,92
3.5 Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas	--	02	04	08	--	0,85

Fonte: Elaborada pela autora

No item 3.4 um juiz recomendou um tópico da cartilha abordando mais questões de instrumentos de apoio, e adaptações para estimular a independência do paciente, recomendação aceita pela pesquisadora.

Outros dois afirmaram que seria interessante também abordar o contexto das eliminações, porém não foi um quesito que atingiu o percentil de 65% na coleta de dados frente aos pacientes. E, a importância do cuidado pessoal também foi levantada por um juiz, assim, resolveu-se colocar pequenos assuntos relacionados ao cuidado pessoal no decorrer dos tópicos da cartilha.

No item 3.5 dois juízes alegaram que em nenhuma vez o enfermeiro foi citado, citando-se apenas o médico e o restante dos profissionais são apenas mencionados de modo generalizado. Sugeriu-se pensar na relevância para os outros profissionais da equipe multiprofissional, aumentando o espaço para esses profissionais.

Com relação ao espaço dos profissionais, não foi algo questionado pelos juízes especialistas, apenas a terapeuta ocupacional que avaliou a cartilha sugeriu que fosse indexada

mais uma página com orientações acerca de estímulo que podem ser realizados no domicílio pelo cuidador.

Ao final da análise referente à relevância, teve-se um IVC geral de 0,93.

O IVC global da cartilha também foi calculado de acordo com os preceitos de Polit e Beck (2006), no qual há o somatório de todos os IVCs individuais dividido por todos os itens do instrumento. Logo, ao final do cálculo, a cartilha teve um IVC global de 0,89.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS DA VALIDAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCATIVA FRENTE AOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DESIGN E MARKETING

Para a validação com os profissionais da área design e marketing, utilizou-se o esquema proposto por Doak, Doak, Root (1996), no qual calcula-se a porcentagem de todos os escores obtidos do instrumento que eles responderam (Apêndice F).

Para realizar este cálculo, somaram-se todos os escores obtidos e dividiu-se pelo total de itens do instrumento, e, para ser considerado válido e adequado, o material teve que ter um valor igual ou superior a 40% em relação ao total de escores (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Na Tabela 10 encontra-se a caracterização dos sujeitos:

Tabela 10 – Características dos juízes da área de design e marketing. Fortaleza – CE, 2015

Variáveis	n
Formação	
Publicitário	01
Design Gráfico	02
Área de trabalho	
Web design	01
Assessoria de Comunicação e Marketing	01
Direção de arte	01
Tempo de trabalho na área	
1 a 5 anos	01
6 a 10 anos	01
> 10 anos	01
Hábito de criar tecnologias educativas?	
SIM	02
NÃO	01

Fonte: Elaborada pela autora

Os juízes da área de design e marketing avaliaram a cartilha segundo seu conteúdo, linguagem, ilustrações gráficas, motivação e adequação cultural. Os resultados estão expostos na Tabela 11.

Tabela 11 – Avaliação dos juízes da área de design e marketing acerca dos itens que compõem a cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015

	1.Conteúdo			2.Linguagem			3.Ilustrações Gráficas		4.Motivação			5.Adequação Cultural		Total
	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	
Juiz 01	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	25
Juiz 02	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	23
Juiz 03	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26

Fonte: Elaborada pela autora

Por meio dos dados expostos na Tabela 11, pode-se observar que a cartilha foi considerada validada por todos os juízes, pois todas as avaliações foram superiores aos 10 pontos mínimos exigidos pela escala SAM.

6.6 CORREÇÃO DA CARTILHA APÓS AS SUGESTÕES DOS JUÍZES

Após o término da análise do IVC e dos escores da cartilha segundo a avaliação dos juízes, as sugestões dadas pelos avaliadores foram analisadas e, as consideradas válidas, foram incorporadas pela pesquisadora. As próximas fases correspondem a correção da cartilha após a validação com os juízes, antes de ser testada com o público-alvo.



H. Adequação da Cartilha após as sugestões dos juízes

Houve adequação da cartilha após a consulta com os especialistas, visto que as sugestões dadas por eles são importantes para o melhor compromisso com o público-alvo. A adequação da cartilha foi realizada pelo profissional responsável pela diagramação juntamente com a pesquisadora.

As sugestões indicadas por cada avaliador foram expostas por página, assim, fica mais visível observar a modificação da cartilha segundo a avaliação dos especialistas.

Na capa, sugeriu-se trocar a palavra AVE por AVC, uma vez que cerebral deriva do latim que designa todo encéfalo (cérebro) e melhorar a ilustração, fazer com que ela fique menos impactante. Logo, o novo título é “Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?” e a nova imagem é composta pelo personagem principal e sua cuidadora.

Na página 3, um juiz sugeriu que, antes de o personagem começar a se apresentar, houvesse uma breve apresentação, na qual contivessem os objetivos da cartilha, público-alvo, etc. Assim, para que as informações fossem anexadas, houve a necessidade de se acrescentar uma nova página.

Na mesma página, sugeriu-se a substituição de algumas palavras: habitual por comum, gerar por causar, habitual por frequente, afeta por atinge, extravasamento de sangue por derramamento de sangue e a retirada de espaço subaracnóide da definição da página 3. Também sugeriu-se colocar que AVE também é conhecido como derrame, que fosse revisto a definição de AVE hemorrágico e que na imagem dos tipos de AVE, tentasse colocar o cérebro dentro da cabeça e só depois demonstrasse.

Na página 4 e 5 sugeriu-se: no tópico 1 trocar a palavra alterações por sintomas; no tópico 2 substituir o termo assimetria facial por outro, trocar o termo desviada por torta e deixar a figura mais clara; no tópico 3 retirar os conceitos das alterações da fala, trocar o termo alterações na fala por problemas na fala e colocar a seguinte legenda: A pessoa pode ficar por um tempo ou pelo resto da vida sem conseguir falar o nome de coisas e pessoas, pode ainda apresentar dificuldade para falar ou compreender palavras escritas ou faladas.

No tópico 4 foi sugerido deixar a imagem mais clara e retirar a palavra espacialmente; no tópico 5 trocar o título por dificuldade para andar e usar figura mais característica; e no tópico 6 trocar o título visão enublada por alterações na visão.

Na página 6, sugeriu-se separar a parte de como reconhecer um AVE da parte saber o que fazer, logo, uma nova página teve que ser anexada; melhorar as imagens utilizadas no reconhecimento do AVE, não são muito claras, principalmente a do abraço e a

da mensagem; e que é necessário ter tantas definições como foi apresentado, sendo melhor colocar de forma mais simples.

Na página 8, sugeriu-se utilizar outra palavra para leguminosas e tentar colocar diretamente o nome comum dos alimentos, como as pessoas conhecem; retirar a palavra *fast-food* e trocar a palavra embutidos por enlatados; deixar a figura dos alimentos que devem ser evitados fiquem em preto e branco para diferenciar dos que devem ser consumidos; e que os demais profissionais da saúde também devem ser contemplados e que a frase deveria ser: Compareça regularmente ao serviço de saúde, ou faça acompanhamento regular com profissionais de saúde.

Na página 9 os juízes acharam irrelevante a definição de cuidadores, pois isso não traz nenhuma informação adicional que fosse capaz de influenciar na qualidade do cuidado no leitor da cartilha, e sugeriram retirar o jaleco da cuidadora, afinal no cenário de muitos pacientes, o cuidador domiciliar formal não é comum.

Na página 10, sugeriu-se desenhar a parte interior de uma casa na folha toda e ir apontando o que deve ser modificado, assim, as figuras apresentadas na preparação da casa ficariam melhor correlacionadas ao texto que foi escrito. Devido a esta sugestão, uma nova página teve que ser anexada, pois ainda tinham outras informações para serem contempladas.

Na mesma página também sugeriu-se que no item 3 a segunda oração fosse trocada por “Melhor manter os objetos em locais fixos”; no item 9 trocar a palavra dispositivos por objetos de uso e que fosse anexada uma figura demonstrando as barras horizontais no banheiro.

Na página 12 sugeriu-se que na segunda figura a primeira oração fosse substituída por: “Se o paciente estiver acamado, botar encostos até ficar reto”; retirar o termo sente-o numa cadeira normal, pois é um termo muito vago e o que é normal para mim pode não ser para você; retirar a palavra convenientemente em algumas dicas também podem ser válidas.

Os juízes também sugeriram que o item 4 fosse revisto, o acharam incompleto por que após os dois pontos espera-se ver ou ler as medidas de adaptação, mas as figuras não as demonstram claramente, devendo haver exemplos mais claros; e que houvesse o acréscimo de figuras mais associadas ao texto, como de limpeza dos dentes e posicionamento a mesa.

Nas páginas 14 e 15 sugeriram que a segunda imagem fosse melhorada, tentando deixá-la mais clara e condizente com a mensagem, e que primeiro fosse abordado o tópico vestindo a roupa e depois o tópico sobre como retirar a roupa.

Nas páginas 16 e 17 dois juízes sugeriram que fosse acrescentada uma parte que trate acerca da importância de retirar o paciente do leito e que o título poderia ser:

“Estimulando a mobilidade Funcional” e que fosse colocada como observação: “A mudança de posição deve ser feita tanto do lado sadio como do lado afetado. Envolvendo sempre o paciente”.

Considerando as imagens, sugeriu-se a explicação da imagem referente a segurar nas mãos; que na figura 5 o banco fosse trocado por uma cadeira com apoio; e que na figura 6 fosse colocado o acompanhante segurando a mão do paciente. Como um meio de complementar o tópico referente a mobilidade, sugeriu-se anexar mais uma página relacionada aos estímulos sensoriais, na qual uma das opções de título seria: “Estímulos sensoriais” e abordaria informações acerca dos estímulos a serem desenvolvidos pelos cuidador/família para com o paciente.

Na página 18, um juiz sugeriu não colocar da Igreja e sim de um Serviço Religioso; na página 19 que o termo flutuação de humor fosse trocado por instabilidade emocional e de humor, pois ele é um termo muito específico e que o número de informações fosse reduzido, logo, teve-se que anexar uma nova página para que as informações fosse redistribuídas. E, na página 21, sugeriu-se que o termo minhas medicações fosse substituído por meus medicamentos.

Após as correções dos juízes e a indexação das novas informações na cartilha, as frases foram submetidas a avaliação do Índice de Legibilidade e revisão de português.

I. Avaliação do Índice de Legibilidade

O índice de Legibilidade “se refere ao grau de escolaridade exigido do leitor para que este possa compreender determinada passagem da escrita” (TELES, 2011, p.49). Ele considera as seguintes variáveis: dificuldade da palavra e extensão da sentença, visto que, as sentenças de grande extensão, compostas por muitas palavras, exigem que o leitor se esforce para entendê-las, gerando dificuldades durante a leitura (MOREIRA; SILVA, 2005; FLESCHE, 1948).

No presente estudo, diferentemente de Teles (2011) resolveu-se avaliar o Índice de Legibilidade antes e após a correção do português, para que se pudesse avaliar a adequabilidade das mudanças após as correções. Para se avaliar o Índice de Legibilidade considerou-se o modelo adaptado de Flesch (1948) para o português:

Quadro 5 – Interpretação dos valores obtidos com Índice de Legibilidade de Flesch (ILF) (adaptação para textos em português)

ILF%	Dificuldade de Leitura	Escolaridade Aproximada
75 – 100	Muito Fácil	Até o 4º ano
50 – 75	Fácil	Até o 8º ano
25 – 50	Difícil	Ensino Médio ou Universitário
0 – 25	Muito Difícil	Áreas Acadêmicas Específicas

(NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2000)

Para medir o Índice de Legibilidade utilizou-se o programa ReGra no Microsoft Word, Revisor Gramatical Automático para o Português, que identifica a estrutura sintática da sentença e oferece opções gramaticais corretas de construção (NUNES; OLIVEIRA JÚNIOR, 2000).

Logo, quando as correções na cartilha após a consulta com os especialistas foram realizadas, foi medido o ILF em cada tópico e o aceitável foi que as sentenças se encontrassem com ILF entre 50-100%. As sentenças que não corresponderam a esse ILF foram reelaboradas e submetidas a um novo ILF. Na Tabela 12 encontram-se os dados relacionados à avaliação do ILF.

**Tabela 12 – Avaliação do Índice de Legibilidade de Flesch da cartilha educativa.
Fortaleza – CE, 2015**

Tópicos Avaliados	Caracteres				Médias			ILF
	Crt	Pl	St	Pgf	St p/ Pgf	Pl p/ St	Crt p/ Pl	
Capa	41	7	2	0	0.0	3.5	5.9	47 (D)
Apresentação 1	269	54	5	3	1.7	10.8	5.0	69 (F)
Apresentação 2	204	38	3	2	1.5	12.7	5.4	54 (F)
O que é o AVC?	135	27	1	0	0.0	27.0	5.0	52 (F)
Tipos de AVC: Isquêmico	107	22	1	0	0.0	22.0	4.9	61 (F)
Tipos de AVC: Hemorrágico	66	12	1	0	0.0	12.0	5.5	50 (F)
Sinais e Sintomas: Sintomas no rosto	71	15	1	0	0.0	15.0	4.7	73 (F)
Sinais e Sintomas: Problemas na Fala	132	29	2	0	0.0	14.5	4.6	80 (MF)
Sinais e Sintomas: Confusão Mental	116	26	2	0	0.0	13,0	4,5	84 (MF)
Sinais e Sintomas: Dificuldade para andar	36	8	1	0	0.0	8.0	4.5	88 (MF)
Sinais e Sintomas: Alterações na visão	47	11	1	0	0.0	11.0	4.3	93 (MF)
Como reconhecer um AVC: Tópico 1	56	16	1	0	0.0	16.0	3.5	100 (MF)
Como reconhecer um AVC: Tópico 2	98	23	1	0	0.0	23.0	4.3	81 (MF)
Como reconhecer um AVC: Tópico 3	65	16	1	0	0.0	16.0	4.1	95 (MF)
O que fazer em casos de AVC: Tópico 1	15	4	1	0	0.0	4.0	3.8	100 (MF)
O que fazer em casos de AVC: Tópico 2	31	7	1	0	0.0	7.0	4.4	91 (MF)
O que fazer em casos de AVC: Tópico 3	92	20	1	0	0.0	20.0	4.6	72 (F)
Hábitos de vida saudáveis: Tópico	97	18	1	0	0.0	18.0	5.4	48 (D)
ATENÇÃO								
Hábitos de vida saudáveis: Tópico Cuide de seu paciente	153	34	5	1	5	6.8	4.5	89 (MF)
Apresentação: Cuidador	175	35	2	1	2.0	17.5	5.0	61 (F)
1. A preparação casa	361	72	7	5	1.4	10.3	5.0	68 (F)
2. A preparação casa	370	77	3	2	1.5	25.7	4.8	60 (F)
Mínhas principais atividades de vida	190	40	2	1	2.0	20.0	4.8	67 (F)
Alimentação: Tópico 1	89	18	1	0	0.0	18.0	4.9	63 (F)
Alimentação: Tópico 2	55	11	1	0	0.0	11.0	5.0	68 (F)
Alimentação: Tópico 3	132	37	1	0	0.0	37.0	3.6	90 (MF)
Alimentação: Tópico 4 - Atenção	109	22	1	0	0.0	22.0	5.0	58 (F)

Alimentação: Dicas	398	83	12	6	2.0	6.9	4.8	79 (MF)
Banho e Higiene Pessoal: Tópico 1	139	31	1	0	0.0	31.0	4.5	65 (F)
Banho e Higiene Pessoal: Tópico 2	123	28	1	0	0.0	28.0	4.4	71 (F)
Banho e Higiene Pessoal: Tópico 3	217	49	3	2	1.5	16.3	4.4	82 (MF)
Banho e Higiene Pessoal: Tópico 4	106	22	2	1	2.0	11.0	4.8	74 (F)
Banho e Higiene Pessoal: Observação	213	44	2	0	0.0	22.0	4.8	62 (F)
Vestindo-se: Tópico 1	91	18	2	0	0.0	9.0	5.1	68 (F)
Vestindo-se: Tópico 2	49	11	1	0	0.0	11.0	4.5	86 (MF)
Vestindo-se: Dica I	164	34	3	1	3.0	11.3	4.8	74 (F)
Vestindo-se: Dica II	60	13	1	0	0.0	13.0	4.6	79 (MF)
Vestindo-se: Dica III	63	14	1	0	0.0	14.0	4.5	82 (MF)
Vestindo-se: Dica IV	114	23	2	1	2.0	11.5	5.0	69 (F)
Mobilidade: Tópico 1	114	24	3	2	1.5	8.0	4.8	79 (MF)
Mobilidade: Tópico 2	261	56	4	2	2.0	14.0	4.7	76 (MF)
Mobilidade: Orientações 1	54	10	1	0	0.0	10.0	5.4	55 (F)
Mobilidade: Orientações 2	363	82	4	2	2.0	20.5	4.4	78 (MF)
Mobilidade: Orientações 3	239	52	2	1	2.0	26.0	4.6	66 (F)
Mobilidade: Orientações 4	205	46	3	1	3.0	15.3	4.5	82 (MF)
Mobilidade: Orientações 5	107	24	2	0	0.0	12.0	4.5	85 (MF)
Mobilidade: Orientações 6	129	25	1	0	0.0	25.0	5.2	48 (F)
Estímulos Sensoriais	88	19	2	0	0.0	9.5	4.6	82 (MF)
A família e/ou cuidadores: Apresentação	147	30	1	0	0.0	30.0	4.9	52 (F)
A família e/ou cuidadores: Observações – Parte 1	492	103	5	3	1.7	20.6	4.8	66 (F)
A família e/ou cuidadores: Observações – Parte 2	433	84	4	3	1.3	21.0	5.2	53 (F)
Agradecimento Inicial	436	82	5	4	1.3	16.4	5.3	52 (F)
Agradecimento Final	182	41	2	1	2.0	20.5	4.4	77 (MF)

Fonte: Elaborada pela autora

Legenda: Crt = Caracteres

Pl = Palavras

St = Sentenças

Pgf = Parágrafos

Legenda ILF: MF = Muito Fácil

F = Fácil

St p/ Pgf = Sentenças por parágrafo

Pl p/ St = Palavras por Sentenças

Crt p/ Pl = Caracteres por palavras

D = Difícil

MD = Muito Difícil

O ILF da capa foi de 47%, considerado difícil. A opção era retirar a palavra Acidente Vascular Cerebral, porém, não tem como realizar tal ação.

O ILF do tópico Atenção em Hábitos de vida saudáveis foi 48%. A opção era retirar a palavra Atenção, para que o ILF ficasse de 54%, porém, achou-se necessário que a palavra permanecesse para fazer com que os pacientes ficassem mais atentos.

O ILF do tópico 6 de Orientações de Mobilidade foi 48%. A opção era trocar a palavra primeira por uma e segunda por dois, para que o ILF ficasse de 61%, mas o texto iria ficar com o mesmo entendimento, assim, optou-se por permanecer com a frase do modo como foi escrita anteriormente.

Após realizados os ajustes necessários à cartilha, ela foi encaminhada a um profissional especializado em revisão de português.

J. Revisão do Português

A revisão de português foi realizada por um profissional especializado em linguística. E, após sua correção, na Tabela 13 encontram-se os tópicos que foram modificados:

Tabela 13 – Correção do português da cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015

	Correções	
	Antes	Depois
Capa	Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou e agora?	Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?
Apresentação 2	As informações da Cartilha são para ajudar você, cuidador ou familiar de um paciente vítima de AVC. Assim, você cuidará com mais qualidade e segurança do seu paciente. Curta e aproveite, tudo foi desenvolvido pensando exclusivamente em você.	As informações desta Cartilha são para ajudar você, cuidador ou familiar de um paciente vítima de AVC. Assim, você cuidará com mais qualidade e segurança do seu paciente. Curta e aproveite, tudo foi desenvolvido pensando exclusivamente em você.
Tipos de AVC: Hemorrágico	Neste tipo, existe um derramamento de sangue para o cérebro.	Neste tipo, existe um derramamento de sangue pelo cérebro.
Sinais e Sintomas: Dificuldade para andar	O paciente pode ter dificuldade em andar.	O paciente pode ter dificuldade de andar.
O que fazer em casos de AVC: Tópico 3	Em casos mais urgentes, que não se possa chamar socorro, levar o paciente para um hospital ou UPA mais próxima.	Em casos mais urgentes, em que não se possa chamar socorro, levar o paciente para um hospital ou UPA mais próximos.
Hábitos de vida saudáveis: Tópico Cuide de seu paciente	2. Consulte um profissional de saúde e, se possível, faça que o paciente pratique exercício físico. Quando recomendado é bom para a saúde e para a mente.	2. Consulte um profissional de saúde e, se possível, faça com que o paciente pratique exercício físico. Quando recomendado, é bom para a saúde e para a mente.
Apresentação: Cuidador	Após o AVC precisei de cuidados especiais em casa, pois eu não conseguia realizar algumas atividades que eu já estava acostumado a realizar no meu dia a dia. Recebi este cuidado de pessoas chamadas cuidadores.	Após o AVC, precisei de cuidados especiais em casa, pois eu não conseguia realizar algumas atividades que eu já estava acostumado a realizar no meu dia a dia. Recebi esse cuidado de pessoas chamadas cuidadores.
1. A preparação casa	FRASE 3: Evite deixar plantas e comidas dos animais espalhados pela casa. Melhor escolher locais fixos onde o cuidador e o paciente saibam onde estão.	FRASE 3: Evite deixar plantas e comidas dos animais espalhados pela casa. Melhor escolher locais fixos que o cuidador e o paciente saibam quais são.
Alimentação: Tópico 2	Se o paciente estiver acamado, botar encostos até ele ficar reto.	Se o paciente estiver acamado, colocar encostos até ele ficar reto.
Vestindo-se: Tópico 1	Considere a opinião do seu paciente. Não se esqueça de perguntá-lo sobre como ele realizava esta atividade.	Considere a opinião do seu paciente. Não se esqueça de perguntá-lo sobre como ele realizava essa atividade.
Vestindo-se: Dica I	Oriente o paciente acerca da importância de começar a realizar esta atividade sentado e só depois, quando tiver mais segurança, realiza-la em pé.	Oriente o paciente acerca da importância de começar a realizar essa atividade sentado e só depois, quando tiver mais segurança, realiza-la em pé.
Mobilidade: Tópico 2	A mudança de posição deve ser feita tanto do lado sadio como do lado afetado, envolvendo sempre o paciente	A mudança de posição deve ser feita tanto do lado sadio quanto do lado afetado, envolvendo sempre o paciente.

Estímulos Sensoriais	Estimule o paciente. Lembre-se que o estímulo deve começar pelo lado sadio e só depois pelo lado afetado.	Estimule o paciente. Lembre-se de que o estímulo deve começar pelo lado sadio e só depois pelo lado afetado.
A família e/ou cuidadores: Apresentação	Estou quase terminando de dar minhas dicas acerca do que vocês precisam saber para cuidar do seu paciente, mas nunca esqueça que além de amor, compreensão e carinho, você deve:	Estou quase terminando de dar minhas dicas acerca do que você precisa saber para cuidar do seu paciente, mas nunca esqueça que além de amor, compreensão e carinho, você deve:
A família e/ou cuidadores: Observações – Parte 1	Manter sempre o paciente informado seja sobre a hora do dia, a data do mês, as coisas que acontecem em casa; Falar de forma clara, calma, pausadamente e com frases curtas, olhando-o nos olhos e certificando se a mensagem é compreendida;	Manter sempre o paciente informado seja sobre a hora do dia, a data do mês ou as coisas que acontecem em casa; Falar de forma clara, calma, pausada e com frases curtas, olhando-o nos olhos e certificando se a mensagem é compreendida;
Agradecimento Inicial	Obrigado por prestarem atenção no material que preparei especialmente para você.	Obrigado por prestar atenção no material que preparei especialmente para você.

Fonte: Elaborada pela autora

Com as correções realizadas na cartilha educativa, as orações refeitas foram submetidas a um novo ILF, para que se pudesse ser verificado se não houve alteração no ILF a ponto de prejudicar a compreensão do leitor. Os resultados estão exposto na Tabela 14:

Tabela 14 – Avaliação do Índice de Legibilidade de Flesch das sentenças modificadas após a correção do português da cartilha educativa. Fortaleza – CE, 2015

Tópicos Avaliados	Caracteres				Médias			ILF
	Crt	Pl	St	Pgf	St p/ Pgf	Pl p/ St	Crt p/ Pl	
Capa	42	7	2	0	0.0	3.5	6.0	42 (D)
Apresentação 2	207	38	3	2	1.5	12.7	5.4	51 (F)
Tipos de AVC: Hemorrágico	65	11	1	0	0.0	11.0	5.9	37 (D)
Sinais e Sintomas: Dificuldade para andar	35	7	1	0	0.0	7.0	5.0	72 (F)
O que fazer em casos de AVC: Tópico 3	95	21	1	0	0.0	21.0	4.5	74 (F)
Hábitos de vida saudáveis: Tópico Cuide de seu paciente	157	35	5	1	5.0	7.0	4.5	89 (MF)
Apresentação: Cuidador	176	35	2	1	2.0	17.5	5.0	60 (F)
1. A preparação casa	360	72	7	5	1.4	10.3	5.0	69 (F)
Alimentação: Tópico 2	57	11	1	0	0.0	11.0	5.2	62 (F)
Vestindo-se: Tópico 1	91	18	2	0	0.0	9.0	5.1	68 (F)
Vestindo-se: Dica I	164	34	3	1	3.0	11.3	4.8	74 (F)
Mobilidade: Tópico 2	263	56	3	2	1.5	18.7	4.7	70 (F)
Estímulos Sensoriais	90	20	2	0	0.0	10.0	4.5	86 (MF)
A família e/ou cuidadores: Apresentação	145	30	1	0	0.0	30.0	4.8	54 (F)
A família e/ou cuidadores: Observações – Parte 1	489	104	5	3	1.7	20.8	4.7	68 (F)
Agradecimento Inicial	434	80	5	4	1.3	16.0	5.4	49 (F)

Fonte: Elaborada pela autora

Legenda: Crt = Caracteres

Pl = Palavras

St = Sentenças

Pgf = Parágrafos

Legenda ILF: MF = Muito Fácil

F = Fácil

St p/ Pgf = Sentenças por parágrafo

Pl p/ St = Palavras por Sentenças

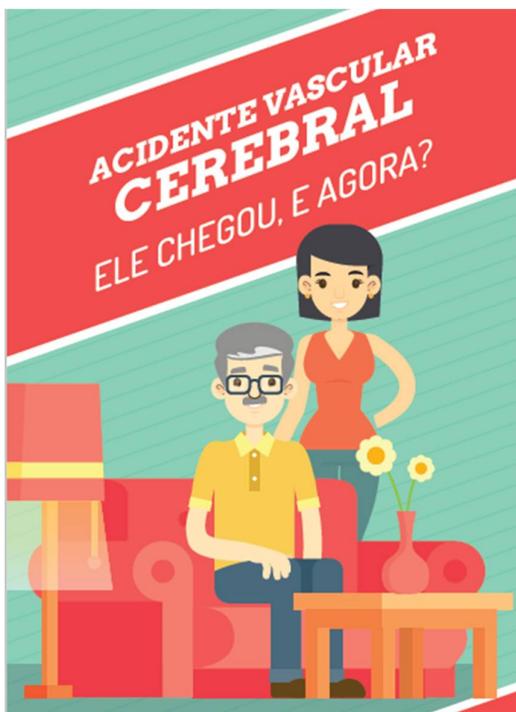
Crt p/ Pl = Caracteres por palavras

D = Difícil

MD = Muito Difícil

Na definição de AVE hemorrágico e no agradecimento inicial alterou-se a avaliação do ILF, porém, não alterou o entendimento da sentença. Logo, ela ficará de acordo com a correção de português realizada.

A versão final da cartilha educativa ficou com dimensão de uma folha de A5 (14,8 x 21 cm), com capa impressa em papel couché 80g com laminação brilho e miolo em papel couché 80g. Após todos os passos seguidos, segue a versão final da cartilha intitulada “Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?”:



O QUE É O AVC?

O AVC trata-se da doença mais comum que atinge o cérebro, sendo capaz de causar muitas alterações nos movimentos e nas sensações das pessoas acometidas¹.

TIPOS DE AVC:

AVC ISQUÊMICO: Neste tipo, o sangue não chega à determinada área do cérebro, pois um vaso sanguíneo entupido não o deixa passar.

AVC HEMORRÁGICO: Neste tipo, existe um derramamento de sangue pelo cérebro.

1. Pompeu SMMA, Pompeu JE, Ross M, Silva MR. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós acidente vascular cerebral. Rev Neurocienc 2011;19:614-20.

O QUE É O AVC? | 3

SINAIS E SINTOMAS

1. SINTOMAS NOS MEMBROS

DORMÊNCIA FORMIGAMENTO PARALISIA

2. SINTOMAS NO ROSTO

ATENÇÃO: Para observar se a boca está torta, peça para o paciente sorrir ou assobiar.

3. PROBLEMAS NA FALA

A pessoa pode ficar por um tempo ou pelo resto da vida com a fala enrolada. Ela também pode ter dificuldade para falar ou entender palavras escritas ou faladas.

4 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

4. CONFUSÃO MENTAL

Perda da noção do tempo, não sabendo dizer o ano nem o mês que estamos. Pode também ficar desorientado, não reconhecendo o local onde está.

5. DIFICULDADE PARA ANDAR

O paciente pode ter dificuldade de andar.

6. ALTERAÇÕES NA VISÃO

Visão turva ou dupla, especialmente se for em um olho só.

7. FORTE DOR DE CABEÇA

SINAIS E SINTOMAS | 5

COMO RECONHECER UM AVC

Se a pessoa entortar a boca ou se o sorriso sair torto pode ser um AVC.



Se a pessoa tiver dificuldade de levantar um dos braços ou de permanecer com um dos braços levantados pode ser um AVC.



Se a pessoa não conseguir falar uma mensagem ou uma frase pode ser sinal de AVC.

6 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

O QUE FAZER EM CASOS DE AVC?

Chamar o SAMU – 192.



Chamar a ambulância do plano de saúde.



Em casos mais urgentes, em que não se possa chamar socorro, levar o paciente para um hospital ou UPA mais próximos.



O QUE FAZER EM CASOS DE AVC? | 7

CUIDADOS PÓS-AVC

HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

ALIMENTOS QUE DEVEM SER PRIORIZADOS



Cereais integrais, frutas, verduras e óleos vegetais.

ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS



Frituras, sal, gorduras, alimentos refinados, salgadinhos, produtos congelados, enlatados, refrigerantes e bebidas alcoólicas.

ATENÇÃO: Nenhum alimento é proibido, mas o paciente deve comer somente o que os profissionais de saúde aconselham.



CUIDE DE SEU PACIENTE

Faça com que ele evite fumar.

Consulte um profissional de saúde e, se possível, faça com que o paciente pratique exercício físico. Quando recomendado, é bom para a saúde e para a mente.

HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS | 9

A PREPARAÇÃO DA CASA

Evite tapetes.

Evite deixar objetos espalhados pelo chão.



Evite deixar plantas e comidas dos animais espalhados pela casa. Melhor escolher locais fixos que o cuidador e o paciente saibam quais são.

Reorganize os móveis para facilitar a caminhada dentro de casa.

Iluminação adequada.

Em casa de dois andares, acomode o paciente no térreo, assim ele não terá que subir escadas e correr o risco de cair e/ou escorregar nos degraus.

A PREPARAÇÃO DA CASA | 11



Após o AVC, precisei de cuidados especiais em casa, pois eu não conseguia realizar algumas atividades que eu já estava acostumado a realizar no meu dia a dia. Recebi esse cuidado de pessoas chamadas cuidadores.

10 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

A PREPARAÇÃO DA CASA



Deixe os materiais de uso do paciente em local próximo a ele, de modo que se ele desejar pegá-los não comprometa a sua segurança (isso inclui peças de roupa, pente, escova etc).



Para as famílias que têm pacientes mais dependentes ou idosos, barras horizontais devem ser instaladas nos banheiros e no decorrer da casa.



Observe se objetos de uso (bengalas, cadeiras de rodas, calçados e óculos) estão adequados para o paciente e para o ambiente.

12 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

MINHAS PRINCIPAIS ATIVIDADES DE VIDA



ALGUMAS DICAS TAMBÉM PODEM SER VÁLIDAS:



1. Sente-se para alimentar a pessoa com AVC, de preferência do lado afetado, para que ocorra estimulação do braço.
2. Estimule a pessoa a alimentar-se sozinho, mas com supervisão.
3. Encoraje o paciente a comer lentamente, dando tempo para que mastigue e engula os alimentos.

Se for necessário, algumas medidas de adaptação podem ser tomadas:



Adapte o copo.



Aumente o cabo dos talheres.



Coloque a comida em pratos fundos.



Não se esqueça da limpeza da boca e dos dentes do seu paciente.

ALIMENTAÇÃO | 15

ALIMENTAÇÃO



Observe o estado geral dos dentes do paciente e se existe a possibilidade de ele colocar prótese dentária.



Se o paciente estiver acamado, colocar encostos até ele ficar reto.



Se o paciente puder andar, leve-o até a mesa e sent-o ereto numa cadeira com apoio, o mais perto possível da mesa e com os pés apoiados no chão ou em um apoio de pé.

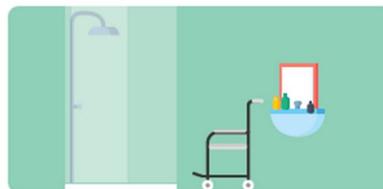
ATENÇÃO: Em ambas as posições, de preferência, a cabeça deve estar um pouco inclinada para frente, a fim do paciente não engasgar.

14 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

BANHO E HIGIENE PESSOAL



Avalie o grau de dependência do seu paciente, se ele tem condições de tomar banho sentado ou em pé, se ele tem condições de ficar sozinho ou precisa estar acompanhado.



Verifique se o banheiro tem piso antiderrapante e se a cadeira, no caso do paciente ter que utilizá-la, passa pela porta e cabe dentro do banheiro.

16 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

PARA PACIENTES COM FRAQUEZA DE UM LADO DO CORPO



Se o paciente tomar banho sentado, oriente-o a quando for lavar as pernas sempre colocar o braço sem movimento junto à barriga.
Se o paciente tomar banho em pé, sempre orientá-lo a sentar quando for lavar as pernas.

PARA PACIENTES COM FRAQUEZA DOS DOIS LADOS DO CORPO



O banho e a higienização pessoal devem ser realizados na cama do paciente.

OBSERVAÇÃO: A higiene pessoal é uma atividade que deve ser feita com as duas mãos, logo, é interessante que o paciente também comece a utilizar o membro afetado. Estimule o paciente a ter mais independência, porém não force atividades além do que ele pode.

BANHO E HIGIENE PESSOAL | 17

Oriente o paciente a sempre começar a colocar a roupa pelo lado afetado.



Oriente o paciente a sempre começar a retirar a roupa pelo lado não afetado.



Para pacientes com fraqueza dos dois lados do corpo:
A atividade deve ser realizada na cama do paciente pela pessoa responsável por ele.



VESTINDO-SE | 19

VESTINDO-SE

Considere a opinião do seu paciente. Não se esqueça de perguntá-lo sobre como ele realizava essa atividade.



Se possível, deixe que o paciente decida o que quer vestir.



CASO O PACIENTE NÃO CONSIGA SOZINHO, SIGA AS SEGUINTE DICAS:

Para pacientes com fraqueza de um lado do corpo
Oriente o paciente acerca da importância de começar a realizar essa atividade sentado e só depois, quando tiver mais segurança, realiza-la em pé.



18 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

MOBILIDADE

ESTIMULANDO A MOBILIDADE FUNCIONAL



Estimule o paciente a ficar com a família e com os amigos.
Faça o paciente participar da rotina da casa.

ATENÇÃO

Quando o paciente estiver na cama, você deve lembrar-se de mudar a posição dele de 2/2 horas, para que se evite feridas na pele.

A mudança de posição deve ser feita tanto do lado sadio quanto do lado afetado. Envolvendo sempre o paciente.

Porém, algumas dicas para ajudar na movimentação do paciente são importantes:

20 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

SIGA AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES:



DISPOSIÇÃO DOS TRAVESSEIROS

Na cama do paciente, os travesseiros devem estar nesta posição

POSIÇÃO ENQUANTO DEITADO



De costas
Nesta posição, o paciente deve ter a sua cabeça e o seu braço afetado um pouco levantados.



Sobre o lado afetado
Nesta posição, o paciente deve ter o seu braço afetado esticado sobre o travesseiro e sua perna afetada um pouco dobrada.



Sobre o lado não afetado
Nesta posição, o paciente deve ter o seu braço afetado também esticado e o joelho do lado afetado um pouco dobrado. Não se esqueça de deixar a cabeça de acordo com o corpo.

MOVIMENTANDO-SE NA CAMA



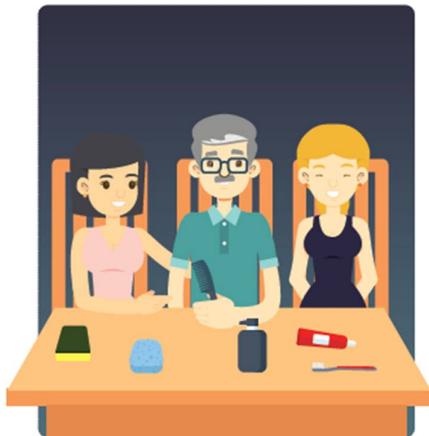
Deslocamento lateral
Você deve colocar uma mão no quadril e outra no joelho afetado e, depois, dar o estímulo para que ele levante o bumbum e se mova.



Rodando o corpo
Você deve colocar uma mão no quadril e outra no ombro afetado, tentando proteger o braço afetado na hora do deslocamento.

MOBILIDADE | 21

ESTÍMULOS SENSORIAIS



Estimule o paciente. Lembre-se de que o estímulo deve começar pelo lado sadio e só depois pelo lado afetado.

ESTÍMULOS SENSORIAIS | 23

COMO SEGURAR A MÃO E SENTAR-SE NA CAMA



Segurando a mão
Segure a mão do paciente oferecendo apoio. Siga uma destas opções.



Sentando na cama
Para ajudar o paciente a sentar, estimule-o a dobrar as pernas e coloque sua mão na axila do braço afetado para que ele possa fazer força sem cair.



Passagem para ficar de pé
Você pode colocar um apoio na frente do paciente para ajudá-lo a levantar. Se o paciente for mais dependente, você pode ajudá-lo.



Andando
Você pode andar com o paciente segurando o braço afetado conforme mostra a primeira figura ou segurando o quadril dele conforme mostra a segunda figura.

22 | AVC - ELE CHEGOU, E AGORA?

APOIO DA FAMÍLIA, AMIGOS E DO SERVIÇO RELIGIOSO



MINHAS CONSULTAS

Dia ___/___/___ às _____, tenho consulta com _____



MINHAS CONSULTAS | 29

REFERÊNCIAS

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, 2013. 72p. ISBN 978-85-334-2083-0.

Guia para a Família e Cuidadores Informais. Cuidados pós-alta hospitalar no AVC. Hospital São Lucas, Ribeirão Preto. Disponível em: <file:///C:/Users/Ariane/Downloads/Guia_para_a_Fam%C3%A9lia_e_Cuidadores_Informais_2.pdf>. Acesso em 5 de setembro de 2015.

Pompei SMMA, Pompeu JE, Rosa M, Silva MR. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós acidente vascular cerebral. Rev Neurocienc. 2011;19(6):4-20.

Posturas e transferências do paciente pós-AVC. Associação Brasil AVC. Disponível em: <http://www.abavc.org.br/posturas-e-transferencias-do-paciente-pos-avc>. Acesso em 5 de setembro de 2015.



Cuidar de uma pessoa vítima de AVC não é uma tarefa fácil, logo, obrigado pela atenção. Espero que a leitura tenha sido agradável, que o seu cuidar agora seja mais completo e que um pouco de suas dúvidas tenham ido embora.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE



AUTORA: ARIANE ALVES BARROS
ORIENTADORA: PROF. DR. MAIRA VIVIANI CAVALCANTE GUEDES

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste estudo pode-se compreender melhor o contexto da amostra analisada e se pode inferir que as NHBs psicobiológicas mais afetadas foram nutrição; locomoção, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, exercício e atividade física, ambiente e abrigo; a psicossocial foi a de comunicação; e não teve-se nenhuma psicoespiritual afetada.

Porém, vale lembrar que mesmo não atingindo o percentil de 65% de pessoas afetadas, as demais NHBs psicossociais e psicoespirituais citadas foram vistas como pontos importantes por parte dos pacientes, sendo necessário sua explicitação no decorrer do estudo.

Baseando-se nas necessidades propostas no modelo de Horta, o cuidado a pacientes vítimas de AVE se torna mais eficaz e singular ao ser realizado, com foco no que é urgente, como o equilíbrio psicobiológico, com posterior reestruturação das demais dimensões, auxiliando na avaliação das prioridades, mas sem esquecer suas demais necessidades.

A identificação das NHBs de pacientes com sequelas de AVE, de acordo com a teórica, também pode auxiliar na elaboração de uma tecnologia educativa que priorize as principais NHBs dos pacientes, servindo não somente para cuidadores/familiares de pacientes sequelados, mas também para os cuidadores/familiares daqueles que aparentemente não apresentam nenhuma sequela do AVE.

A cartilha “Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?”, pode possibilitar ao cuidador/familiar conhecimentos acerca do que é o AVE e suas principais consequências, também pode auxiliá-los a reconhecer e o que fazer no caso de um novo AVE ser identificado no seu paciente ou em outra pessoa, e, principalmente, a focar o seu cuidado nas principais NHBs do paciente, demonstrando algumas dicas de como ele deve realizar tal ato.

A validação de conteúdo e aparência da cartilha por juízes de conteúdo, expertises e doutores na área, por juízes especialistas no cuidado ao paciente vítima de AVE e por juízes da área de design e marketing auxiliou para que as suas informações fossem confirmadas e reorganizadas de modo a facilitar o entendimento do cuidador/familiar de um paciente vítima de AVE.

Logo, ao concluir o estudo, pode-se perceber que o objetivo de construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pacientes foi alcançado, mas aponta a necessidade de que este modelo de cuidado clínico e educativo, que proporciona conhecimento aos

cuidadores/familiares de pacientes vítimas de AVE, seja implementado e posto em prática pelos profissionais da saúde.

A pesquisa apresentou fragilidades como: dificuldade em conseguir completar a primeira amostra do estudo, devido ao fato do tempo ser pouco; ter pensado, inicialmente, que a tecnologia educativa só era capaz de atingir o público de cuidadores/familiares com pacientes sequelados por AVE; e a demora dos juízes na devolutiva do instrumento devidamente preenchido à pesquisadora.

Espera-se que o conhecimento produzido nesta pesquisa auxilie os profissionais da saúde a considerarem as principais NHBs dos pacientes vítimas de AVE e que ainda durante a internação utilizem a cartilha educativa como um meio de motivar e esclarecer os cuidadores/familiares dos pacientes acerca de um cuidado mais seguro e eficaz, lhes fazendo perceber as necessidades mais urgentes e supri-las. Vale ressaltar também a importância do empoderamento do ser cuidador/familiar de um paciente vítima de AVE, afinal são eles que auxiliam na recuperação e/ou melhora do paciente em relação às NHBs afetadas após o AVE.

Portanto, espera-se que a cartilha “Acidente Vascular Cerebral. Ele chegou, e agora?”, seja utilizada como uma tecnologia de apoio e auxílio ao cuidador/familiar do paciente vítima de AVE na prestação de seus cuidados, servindo como base e suporte. E que, os profissionais da saúde, saibam e a utilizem de modo claro e eficaz.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D.O. et al. **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** *Lancet*, v.370, n.9603, p.1929-1938, 2007.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos e medidas.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em 29 nov. 2014.

ANDRADE, L.M. et al. **A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral.** *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.1, p.37- 43, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

ARAÚJO, A.R.C. et al. **Classificação da dependência de cuidados de enfermagem dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico.** *Cogitare Enferm.*, v.20, n.3, p. 581-588, jul./set. 2015.

ARAÚJO, J.S. et al. **O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometido por acidente vascular cerebral.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.3, n.3, p. 852-864, 2012. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/183/pdf_1>. Acesso em: 18 ago. 2014. ISSN:1982-4785

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.

AZEVEDO, E.C.C. et al. **Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, n.19, v.5, p.1613-1622, 2014.

BENEDET, A.S.; BUB, M.B.C. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem:** uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001. 220p.

BORDINHÃO R.C.; ALMEIDA, M.A. **Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de Horta.** *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.125-31, jun. 2012.

BORDINHÃO, R.C. **Processo de Enfermagem em uma Unidade de Tratamento Intensivo à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.** 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **AVC: governo alerta para principal causa de mortes.** 2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/2866->>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. 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. ISBN 978-85-334-2083-0. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p. ISBN 978-85-334-1831-8. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em 14 out. 2014.

BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1869-1891.

CAMERON, J.I.; TSOI, C.; MARSELLA, A. **Optimizing stroke Systems of care by enhancing transitions across care environments**. *Stroke*, v.39, p. 2637-2643, 2008. Disponível em: < <http://stroke.ahajournals.org/content/39/9/2637.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 out. 2014.

CAMPOS, T.F. et al. **Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral: Implicações para a prática clínica**. *Arq. Ciênc. Saúde*, v.21, n.1, p.28-33, jan./mar. 2014.

CEARÁ. HGF – Hospital Geral de Fortaleza. **Apresentação**. Disponível em: < <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao>>. Acesso em 10 out. 2014.

CHAVES, D.B.R. et al. **Comunicação verbal prejudicada - Investigação no período pós-Acidente Vascular Encefálico**. *Rev Rene*, v.14, n.5, p.877-885, 2013.

CHOBANIAN, A.V. et al. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report**. *JAMA*, v.289, n.19, p. 2560-2572, 2003.

COSTA, A.G.S. et al. **Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico***. *Rev Esc Enferm USP*. v.44, n.3, p.753-758, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/29.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

FARIA, D.P.; LAUTNER, M.A.F.A.; LAUTNER, R.Q. **Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes hipertensos sobre hipertensão arterial:** Bambuí, MG. *Enfermagem Revista*, v. 15, n. 2, p. 179-189, 2012.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento:** metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills.** Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996.

DUNCAN, B.B. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil:** prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* [online], v.46, suppl., p.126-134, 2012. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2015.

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.

FALAVIGNA, A. et al. **O que os pacientes com acidente vascular encefálico sabem sobre sua doença?** *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v.53, n.2, p.135-138, abr./jun. 2009.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S.; WAIDMANN, M.A.P. **A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso.** *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v.64, n.5, p.849-856, set./out. 2011.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R.M.; PAQUETE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnoses, proceedings of the tenth conference.** Philadelphia: J. B. Lippincott/North American Nursing Diagnosis Association, 1994.

FLESCH, R. **A new readability yardstick,** *J. Appl. Psychology*, v.32, n.3, p.221-33. jun. 1948. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1949-01274-001>>. Acesso em 10 nov. 2014.

FUCHS, S.C.; MOSELE, F.; FUCHS, F.C. **Hipertensão arterial e mortalidade no Brasil.** *Revista Hipertensão*, v.17, n. 3-4, p.169-175, jul./dez. 2014.

GOMES, L.T.S. **Processo de Enfermagem.** *Rev. Enferm. UFPE online.*, Recife, v.7, n.esp, p. 6315-6316, out. 2013. ISSN: 1981-8963. Disponível em: < http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5474/pdf_3834> . Acesso em: 03 out. 2014.

GONÇALES, M. B. **Teste de papanicolau:** construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde. 2007. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

- GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. **Selection and use of content experts for instrument development.** *Res Nurs Health*, v.20, n.3, p. 269-274, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179180>>. Acesso em 29 nov 2014.
- HOFFMANN, T.; MCKENNA, K. **Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials:** recommendations for improving written stroke information. *Patient Educ Couns*, v. 60, n. 3, p. 286-293, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16098708>>. Acesso em 10 out. 2014.
- HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- HORTA, WA. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.
- JARVIS, C. **Guia de exame físico para enfermagem** / Carolyn Jarvis; ilustrações originais Pat Thomas; fotografias de avaliação Kevin Strandberg; [tradução Denise Costa Rodrigues... et al.]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- JOVENTINO, E. S. **Construção de uma escala psicométrica para mensurar a auto eficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** 2010. 215 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- LESSMANN, J.C. et al. **Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico.** *Rev. Bras. Enferm.*, v.64, n.1, p. 198-202, jan./fev. 2011.
- 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.
- JUNIOR, J.E.G.L. et al. **Perfil dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico cadastrados na estratégia de saúde da família.** *Rev Fisioter S Fun*, Fortaleza, v.2, n.1, p.21-27, jan./jun. 2013.
- LOPES, H. **Como eu, Enfermeiro, faço Normotermia no doente neurocrítico.** *Rev. Port. Med. Int.*, v.18, n.3, p.77-80, 2011.
- MALTA, D.C. et al. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.11, p. 4341-4350, 2014.
- 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/13.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.
- MARINHO, L.M. et al. **Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência.** *Rev Gaúcha Enferm.* v.34, n.1, p.104-110, 2013.
- MARQUES, D.K.A.; MOREIRA, G.A.C.; NÓBREGA, M.M.L. **Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta.** *Rev. Enferm. UFPE on line*, v.2, n.4, p.481-488, out./dez. 2008. Disponível em: <

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/336/pdf_411 >. Acesso em: 03 out. 2014.

MARTEIS, L.S.; MAKOWSKI, L.S.; SANTOS, R.L.C. **Abordagem sobre Dengue na educação básica em Sergipe**: análise de cartilhas educativas. *Scientia Plena*, v.7, n.6, p.1-8, 2011. Disponível em:< <http://www.scienciaplena.org.br/sp/article/view/191/148>>. Acesso em: 24 dez. 2014.

MASS, M.B. et al. **The prognosis for aphasia in stroke**. *J Stroke Cerebrovasc Dis.*, v.21, n.5, p.350-357, jul. 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117986/>>. Acesso em: 20 de nov. 2015.

MATOS, J.C. et al. **Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná – Brasil***. *Acta Paul Enferm [online]*, v.24, n.1, p.23-28, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

MCEWEN, M. **Bases teóricas para enfermagem** / Melanie McEwen, Evelyn M. Wills; tradução Ana Maria Thorell. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p.; 25cm.

MEDEIROS, E.A. et al. **O cuidado na visão de portadores de hipertensão arterial**. *R. pesqui.: cuid. fundam. online*, v. 4, n. 2, p. 2306-2311, abr./jun. 2012. Disponível em: < <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3971574>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

MISULIS, K.E.; HEAD, T.C. **Distúrbios-doenças vasculares**. Visão geral do AVE, tipos de AVE e tratamento de emergência para o AVE. In: Netter Neurologia essencial. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p.208-213.

MONTEIRO, M.C.; REIS-PINA, P. **Dor Crônica - Percepções, Limitações e Implicações**. Uma Perspectiva Social. *Biomed Biopharm Res.*, v.10, n.1, p.09-18, 2013.

MORAIS, E.M.; DUTRA, L.M.; FONTANA, RT. **A cefaléia e a saúde do trabalhador de enfermagem**: análise de uma realidade. *Enfermería Global*, n.26, p.126-134, abril 2012.

MOREIRA, M.F.; SILVA, M.I.T. **Readability of the educational material written for diabetic patients**. *Online Braz J. Nurs*, v.4, n.2, 2005. Disponível em:< <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402moreiraetal.htm>>. Acesso em 29 out. 2014.

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. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1214.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

NASCIMENTO L.C. et al. **Cuidador de idosos**; conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Rev Bras Enferm (online)*. v.61, n.4, p.514-517, jul./ago. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/19.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2014.

NUNES, M.G.V.; OLIVEIRA JÚNIOR, O.N. **O processo de desenvolvimento do revisor gramatical ReGra**. In: SEMISH, 27.; CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COMPUTAÇÃO, 20., 2000, Curitiba. Anais... Curitiba: PUC-PR, 2000.

Disponível em: <<http://www.niee.ufrgs.br/eventos/SBC/2000/pdf/semish/semi001.pdf>>. Acesso em 29 out. 2014.

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, B.C.; GARANHANI, M.L.; GARANHANI, M.R. **Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico – necessidades, sentimentos e orientações recebidas.** *Acta Paul Enferm.* v.24, n.1, p. 43-49, 2011.

OLIVEIRA, M.A.C. **(Re) significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população.** *Rev. Bras. Enferm*, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267024789002>>. Acesso em: 03 de out. 2014.

OLIVEIRA, M.S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa, 2006.** 115p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, S.C.; LOPES, M.V.O.; FERNANDES, A.F.C. **Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.22, n.4, p.611-620, jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais.** Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization .2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2015.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações.** Brasília: Editora UnB, 1997.

PEREIRA, C.L.; BORGES, M.S.; AMADEI, J.L. **Qualidade de vida de hipertensos usuários da rede pública de saúde.** *Rev. Saúde e Pesquisa*, v.6, n.2, p.295-303, maio/ago. 2013. ISSN 1983-1870.

PEREIRA, R.A. et al. **Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral.** *Rev. Esc. Enferm. USP.* v.47, n.1, p.185-192, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

PIEXAK, D.R.; BACKES, D.S.; SANTOS, S.S.C. **Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.34, n.2, p. 46-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

- PIRES, S.M.B.; MÉIER, M.J.; DANSKI, M.T.R. **Fragments da trajetória pessoal e profissional de Wanda Horta:** contribuições para a área da enfermagem. *Hist. enferm., Revista Eletrônica [Internet]*. v.2, n.1, p. 3-15, 2011. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n3vol2artigo1.pdf>>. Acesso em 20 out. 2014.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **The content validity index: are you sure you know what's being reported?** Critique and recommendations. *Res Nurs Health*, v.29, p.489-497, 2006.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- POMPEU, S.M.A.A. et al. **Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral.** *Rev. Neurocienc.*, v.19, n.4, p.614-620, 2011.
- PORTES, L.H. et al. **Ações voltadas para o tabagismo:** análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.19, v.2, p.439-448, 2014.
- PORTO, A.R. et al. **Teorias de enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional.** *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, v.5, n.5 - esp, p. 155-161, dez. 2013. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1720/pdf_1018>. Acesso em: 04 out. 2014.
- 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.
- REMIJO, K.P.; FONSECA, L.F. **Cuidado perioperatório em pacientes submetidos a cirurgia neurológica:** perspectiva do cuidador familiar. *Cienc. Cuid. Saude*, v.11, n.3, p. 463-471, jul./set. 2012.
- RIBEIRO, A.G. et al. **Hipertensão arterial e orientação domiciliar:** o papel estratégico da saúde da família. *Rev. Nutrição*, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012a.
- RIBEIRO, A.J.P. et al. **"Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares com idade de 7 a 17 anos, residentes nos municípios pertencentes à secretaria de desenvolvimento regional de São Miguel do Oeste/SC."** *CONEXÕES: Rev. Facul. Educação Física da UNICAMP*, v.11, n.1, p. 57-73, jan./mar. 2013.
- RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. **Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.3, p.699-712, jul./set. 2012b.
- RODRIGUES, R.A.P. et al. **Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, v. 21, n. spe [9 telas], 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2014.

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, 2013b.

SANTANA, L.L. et al. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em unidade de pronto atendimento à luz das necessidades humanas básicas.** *Cogitare Enferm.*, v.16, n.4, p.675-681, out./dez. 2011.

SANTOS, C.C.E. et al. **Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura.** *Cogitare enferm.*, v.18, n.2, p.372-378, abr./jun. 2013.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B. **O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira.** *Epidemiol. Serv. Saúde* [online], v.20, n.4, p.421-423, out./dez. 2011. ISSN 1679-4974. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a01.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FÁBIO, S.R.C. **Avaliação fonoaudiológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico.** *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [online], v.22, n.3, p. 317-324, jul./set. 2010. ISSN 0104-5687. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v22n3/a27v22n3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

SILVA, A.P.A.S. et al. **Adolescente vítima de agressão: desequilíbrio nas necessidades humanas básicas.** *R. pesq.: cuid. fundam.* [online], v.5, n.2, p.3749-3756, abr./jun. 2013a. Disponível em: < <file:///C:/Users/Ariane/Downloads/2295-15240-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

SILVA, E.M.; OLIVEIRA, J.V.R. **Perfil da população hipertensa coberta pela estratégia de saúde da família de um município do sertão baiano.** *Ideias & Inovação*, Aracaju, v. 01, n.01, p. 19-32, out. 2012.

SILVA, L.O.L. et al. **“Tô sentindo nada”:** percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v.23, n.1, p.227-242, 2013b.

SILVA, N.L. et al. **Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ.** *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, n.13, v.2, p. 75-85, 2014.

SILVEIRA, L.C. et al. **Cuidado Clínico em Enfermagem:** desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. *Esc. Anna Nery (impr.)*, v.17, n.3, p. 548 – 554, jul./set. 2013.

SOARES, M.M. et al. **Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica:** revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* v. 17, n. 1, p. 144-150, jan./mar. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** *Arq. Bras. Cardiol.*, v.95, n.supl.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

STROKE ASSOCIATION. **Visual problems after Stroke**. 2012. Disponível em: < https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/visual_problems_after_stroke.pdf >. Acesso em: 12 out 2014.

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.

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto**. 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TRASFERETTI, J.A.; ZACHARIAS, R. **Ser e cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética**. Aparecida, São Paulo: Editora Santuário. São Paulo-SP: Centro Universitário São Camilo; Sociedade Brasileira de Teologia Moral, 2010. 301 p. ISBN 978-85-369-0201-2.

VIANNA, H.M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1992.

WINGE, K.; RASMUSSEN, D.; WERDELIN, L.M. **Constipation in neurological diseases**. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v.74, p.13-19, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

_____. **World Report on Disability**. [S. l.]: The World Bank, 2011, 350 p. Disponível em: < http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf >. Acesso em: 02 nov. 2014.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. **Two quantitative approaches for estimating content validity**. *West J. Nurs. Res.*, v.25, n.5, p.508-518, ago. 2003. Disponível em: < <http://www.uk.sagepub.com/salkind2study/articles/06Article04.pdf> >. Acesso em: 29 nov. 2015.

Apêndices

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da Entrevista: ____/____/____.

Nº: _____

Dados de Identificação

1. Idade: _____
2. Sexo: 1.() Masculino 2.() Feminino
3. Cor: 1. () Branco 2.() Mulato 3.() Pardo 4.() Negro
4. Estado Civil: 1.() Casado 2.() Não Casado
5. Escolaridade: 1. () Analfabeto 2. () Ensino Fundamental Incompleto
3. () Ensino Fundamental Completo 4. () Ensino Médio Completo
5. () Ensino Superior Completo
6. Trabalha: 1.() Sim 2.() Não Se sim, em que? _____
7. Renda Familiar? R\$ _____ Quem participa da renda? _____
8. Religião: 1.() Católico 2.() Não católico
9. Dias de internação no hospital: _____
10. Tem cuidador: 1.() Sim 2.() Não Se sim, quem? _____
11. Tipo de AVC: 1 AVCi () 2 AVCh ()

História progressa e atual

12. Doenças associadas: 1.() HAS 2.() DM 3.() ICC 4.() DPOC 5.() DR
13. Se tem - Tempo de descoberta:
 - 13.1 HAS: _____ anos 13.2 DM: _____ anos 13.3 ICC: _____ anos
 - 13.4 DPOC: _____ anos 13.5 DR: _____ anos
14. O senhor faz tratamento? 1.() Sim 2.() Não
Onde? _____. Há quanto tempo? _____.
Com que frequência comparece as consultas? _____.
15. Comparece às consultas com o médico? 1.() Sim 2.() Não
Se não, por quê? _____
16. Comparece às consultas com o enfermeiro? 1.() Sim 2.() Não
Se não, por quê? _____
17. O senhor toma algum remédio em casa? 1.() Sim 2.() Não.
 - 17.1 Se sim, quantos medicamentos/dia? _____. 17.2 Quais: _____
 - 17.3 Se não, por quê? _____
18. Antecedentes familiares de:
 - 18.1 HAS: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____
 - 18.2 DM: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____
 - 18.3 ICC: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____
 - 18.4 DPOC: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____
 - 18.5 DR: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____
 - 18.6 Doença Cardiocerebrovascular: 1.() Sim 2.() Não. Quem? _____

19. Você já teve? 1.()IAM 2.()AVE prévio
20. Internamentos anteriores por AVE: 1.() Sim 2.() Não.
20.1 Se sim, quantas internações? _____. 20.2 Há quanto tempo? _____.
21. Cirurgias prévias: 1.() Sim 2.() Não.
21.1 Se sim, qual? _____
22. Fuma: 1.() Sim 2.() Não. 24.1 Se sim, quantos cigarros/dia: _____.
22.2 Se não, deixou de fumar? 1.Sim () 2.Não (). Há quanto tempo? _____.
23. Faz uso de bebida alcoólica? 1.() Sim 2.() Não 23.1 Se sim, bebe o que? _____.
23.2 Quantas vezes por semana? _____. 23.3 Quanto bebe de cada vez? _____.
23.4 Se não, deixou de beber? 1.() Sim 2.() Não. Há quanto tempo? _____.
24. Dorme bem? 1.() Sim 2.() Não
24.1 Se sim, consegue adormecer com facilidade? 1.() Sim 2.() Não
24.2 Acorda descansado(a)? 1.() Sim 2.() Não 24.3 Quantas horas dorme por dia? _____.
25. Pratica alguma atividade física? 1.() Sim 2.() Não
25.1 Se sim, qual? _____.
25.2 Quantas vezes na semana e a duração? _____
26. Como é sua alimentação? _____

27. O que sentiu: _____

_____.

Avaliação Geral

28. Frequência respiratória (FR): _____ irpm
29. Frequência cardíaca (FC): _____ bpm
30. Temperatura axilar: _____ °C
31. PA: _____ mmHg (PAM: _____ mmHg)
32. Glicemia: _____ mg/dl
33. Dor: 1.() Sim 2.() Não 33.1 Se sim, onde? _____
33.2 Classificação da dor: _____ (De 0-10)
34. Peso: _____ Kg 35. Altura: _____ m

Necessidades Humanas Básicas

Necessidades Psicobiológicas

Avaliação Neurológica

36. Nível de consciência

1.()Alerta 2.()Confuso 3.()Letárgico 4.()Torporoso 5.()Comatoso

37.Linguagem – Alteração 1.()SIM 2.()NÃO

37.1 Qual? 1.() Disfasia 2.() Afasia 3.() Paralisia de Músculo Facial 4.() Disartria

Mobilidade Física – 38. Alteração 1.()SIM 2.()NÃO

38.1 MSD 1.() Paresia 2.() Plegia 3.() Parestesia

38.2 MSE 1.() Paresia 2.() Plegia 3.() Parestesia

38.3 MID 1.() Paresia 2.() Plegia 3.() Parestesia

38.4 MIE 1.() Paresia 2.() Plegia 3.() Parestesia

Oxigenação

39. Respiração: 1.()Eupnéia 2.()Taquipnéia 3.()Bradipnéia 4.()Dispnéia

39.1 Suporte: 1.()Esp. 2.()Cat. Nasal 3.()Venturi 4.()TOT 5.()Traq

40. Tosse 1.()SIM 2.()NÃO

40.1. Secreção () Produtiva () Improdutiva

40.2. Expectoração ()SIM ()NÃO Quantidade e aspecto: _____

40.3. Aspiração ()SIM ()NÃO Quantidade e aspecto: _____

Percepção dos órgãos do sentido

41. Alteração 1.()SIM 2.()NÃO

1.()Visão 2.()Audição 3.()Olfato 4.()Paladar 5.()Tato

Observações: _____

Regulação cardiovascular

42. Pulso 1.()Cheio 2.()Filiforme 3.()Impalpável

Pele

43. 1.()Corada 2.()Hipocorada

44. 1.()Cianose 2.()Não-Cianótica

45. 1.()Sudoreica 2.()Não-sudoreica

46. 1.()Fria 2.()Aquecida

47. Edema 1.()SIM 2.()NÃO

47.1 Local: 1.()MMSS 2.()MMII 3.()Anasarca 4.()Outros

Alimentação e regulação intestinal

48. Vias de administração 1.()VO - Com ou sem ajuda? _____

2.()Sonda gástrica (SNG ou SOG)

3.()Sonda enteral (SNE ou SOE)

4.()NPT

5.()Gastrostomia ou Jejunostomia

49. Aceita bem a dieta oferecida? 1.()SIM 2.()NÃO _____

50. Abdômen 1.()Normotenso 2.()Tenso/Distendido

51. Eliminação intestinal 1.()Normal 2.()Ostomia

Hidratação e eliminação urinária

52. Condições das mucosas 1.()Úmidas 2.()Secas

53. Eliminação urinária 1.() Espontânea 2.() Retenção 3.() Incontinência 4.() SVD
 No caso de SVD, Aspecto: _____

54. Tratamento dialítico 1.() SIM 2.() NÃO Tipo: _____

Integridade Física

55. Pele 1.() Íntegra 2.() Alteração

55.1 Se alteração, qual? 1.() Icterícia 2.() Prurido 3.() Equimoses 4.() Hematomas
 5.() Úlcera por pressão 6.() Outros _____

Observações: _____

Segurança Física

56. Estado geral 1.() Tranquilo 2.() Agitado 3.() Agressivo

Observações: _____

Cuidado corporal

57. Grau de dependência: 1.() Independente 2.() Dependente 3.() Parcialmente dependente

Observações: _____

Necessidades psicossociais

Comunicação

58.() Preservada 2.() Prejudicada obs.: _____

58.1 Tipo de comunicação: _____

Gregária e segurança emocional

59. Mora com: 1.() Família 2.() Outras pessoas (_____) 3.() Só

60.() Ansiedade 2.() Medo 3.() Outros _____

Necessidades psicoespirituais

61. Religião 1.() Praticante 2.() Não praticante Tipo: _____

62. Religiosidade e/ou espiritualidade: Gostaria de apoio 1.() SIM 2.() NÃO

Qual: _____

Observações: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____ Hora: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Modelo de cuidado de enfermagem para cuidadores de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico e o cuidado prestado pelos enfermeiros”. O objetivo principal deste estudo consiste em construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico a partir da identificação das necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta.

Caso você autorize, você irá: 1) Assinar este termo, autorizando sua participação na pesquisa, 2) Responder a entrevista guiada pela pesquisadora, 3) Aceitar a pesquisadora examinar seu corpo, medir sua temperatura, pulso, pressão arterial e respiração.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos mínimos quanto a sua participação, podendo haver identificação do participante, entretanto, a pesquisadora se comprometerá em manter sigilo absoluto sobre a sua participação.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que a família e os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente sequelado por AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cuidados, pois sua família e seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado

integral, pleno e individualizado. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Ariane Alves Barros - Enfermeira
Telefone: (85) 8834-3804

Eu, _____

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação.

Sendo que: () aceito participar

() não aceito participar

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Pesquisado ou Polegar D

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60.714-903, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - ACOMPANHANTES

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Modelo de cuidado de enfermagem para cuidadores de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico e o cuidado prestado pelos enfermeiros”. O objetivo principal deste estudo consiste em construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas com sequelas de Acidente

Vascular Encefálico a partir da identificação das necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta.

Caso você autorize, você irá: 1) Assinar este termo, autorizando sua participação na pesquisa, 2) Responder a entrevista guiada pela pesquisadora, 3) Aceitar a pesquisadora examinar seu corpo, medir sua temperatura, pulso, pressão arterial e respiração.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos mínimos quanto a sua participação, podendo haver identificação do participante, entretanto, a pesquisadora se comprometerá em manter sigilo absoluto sobre a sua participação.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que a família e os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente sequelado por AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cuidados, pois sua família e seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado integral, pleno e individualizado. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Eu, _____
acompanhante do paciente _____,

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do meu familiar.

Sendo que: () aceito participar

() não aceito participar

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisado ou Polegar D

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60.714-903, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

APÊNDICE D - CARTA CONVITE
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

Fortaleza, ____ de _____ de ____

Caro(a),

Eu, Ariane Alves Barros, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Maria Vilani Cavalcante Guedes, estou desenvolvendo uma pesquisa metodológica que objetiva criar e validar uma cartilha para família/cuidadores de pacientes vítimas Acidente Vascular Encefálico.

A cartilha terá a função de fornecer informações acerca das Necessidades Humanas Básicas dos pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico à família/cuidador, como uma forma de prepará-los para cuidá-los ainda no hospital e principalmente após a alta hospitalar.

E, venho por meio desta carta, convidá-lo(a) para ser um dos juízes do meu estudo. Sua função será avaliar a aparência e o conteúdo da cartilha, analisando a clareza das ilustrações e do conteúdo, sua relevância, associação com o tema proposto e viabilidade da aplicação. Vale ressaltar que, no instrumento que será enviado posteriormente, há espaço para que suas sugestões e observações sejam consideradas.

Caso deseje participar da minha pesquisa, responda este e-mail e explicita a forma pelo qual deseja receber o material, seja via e-mail ou via correspondência convencional. E, será encaminhado conforme sua escolha, uma cópia da cartilha, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento de avaliação da cartilha.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e aguardo sua resposta.

Estou disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Ariane Alves Barros
arianealvesbarros@hotmail.com

trabalham com AVE e com pacientes vítimas de AVE	1	2	3	4	NA
--	---	---	---	---	----

Sugestões: _____

2. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: Referem-se a forma de apresentar as orientações. Incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação					
2.1 A cartilha é apropriada para a orientação da família/cuidador acerca das NHBs dos pacientes vítimas de AVE	1	2	3	4	NA
2.2 As mensagens estão apresentadas de forma clara e objetiva	1	2	3	4	NA
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4	NA
2.4 A cartilha está adequada ao nível sociocultural do público-alvo proposto	1	2	3	4	NA
2.5 Há sequencia logica do conteúdo proposto	1	2	3	4	NA
2.6 As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4	NA
2.7 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo	1	2	3	4	NA
2.8 As informações da capa, contracapa, agradecimentos e/ou apresentação são coerentes	1	2	3	4	NA
2.9 O tamanho do título e dos tópicos está adequado	1	2	3	4	NA
2.10 As ilustrações são expressivas e suficientes	1	2	3	4	NA
2.11 O material (papel/impressão) está adequado	1	2	3	4	NA
2.12 O número de páginas está adequado	1	2	3	4	NA

Sugestões: _____

3. RELEVÂNCIA: Refere-se à característica que avalia o grau de significação da cartilha apresentada					
3.1 Os temas retratam os aspectos chave que devem ser reforçados	1	2	3	4	NA
3.2 O material permite a transferência e generalizações do aprendizado a diferentes contextos (hospitalar e domiciliar)	1	2	3	4	NA
3.3 A cartilha propõe a família/cuidador adquirir o conhecimento necessário para realizar a prestação de cuidados necessária no domicílio ao paciente vítima de AVE	1	2	3	4	NA
3.4 A cartilha aborda os assuntos necessários para que a família/cuidador saiba suprir, através da prestação de cuidados, as NHBs dos pacientes vítimas de AVE	1	2	3	4	NA
3.5 Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde em suas atividades educativas	1	2	3	4	NA

Sugestões: _____

Assinatura

_____, ____ de ____ de ____.

Local dia mês ano

Grata pelo apoio e disponibilidade

Ariane Alves Barros

Referência para elaboração do instrumento:

OLIVEIRA, M.S. *Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa* [dissertação]. Fortaleza (CE): UFC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA JUÍZES TÉCNICOS
ESPECIALISTAS NA ÁREA DE PROPAGANDA E MARKETING
**Adaptação do instrumento proposto por Doak, Doak e Root (1996) - Suitability
Assessment of Materials (SAM)**

Nº: _____

Parte 1 – Dados profissionais

1. Nome _____ do _____ Avaliador: _____
2. Idade: _____ anos 3. Profissão: _____
4. Tempo de formação: _____ anos
5. Área de trabalho: _____
6. Tempo que trabalha na área: _____ anos
7. Tem o hábito de validar e/ou construir tecnologias educativas: () Sim () Não

Parte 2 – Análise do Instrumento

Por favor, solicito que leia atentamente a cartilha antes do preenchimento deste instrumento. Posteriormente, analise a cartilha marcando através de um círculo a opção escolhida. Exemplo.: 0 **1** 2

Lembre-se que sua avaliação é importante para a versão final da cartilha, não existindo respostas certas ou erradas, logo, expresse sua opinião verdadeira em cada critério listado abaixo e, por favor, responda TODOS os itens.

Legenda: 0 – Inadequado 1 – Parcialmente Adequado 2 – Adequado

1. CONTEÚDO			
1.1 O objetivo é claro, evidente e facilita a pronta compreensão do material	0	1	2
1.2 O conteúdo é composto por informações relacionadas ao cuidado que a família/cuidador do paciente sequelado vítima de Acidente Vascular Encefálico (AVE) tem que realizar para suprir as Necessidades Humanas Básicas (NHBs) deste paciente	0	1	2
1.3 A proposta do material é limitada aos objetivos, para que o telespectador possa compreender, pelo menos parcialmente de início, a cartilha no tempo permitido	0	1	2

2. LINGUAGEM			
2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão do paciente	0	1	2
2.2 O estilo de conversação facilita o entendimento do texto	0	1	2

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Modelo de cuidado de enfermagem para cuidadores de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico e o cuidado prestado pelos enfermeiros”. O objetivo principal deste estudo consiste em construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico a partir da identificação das necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta.

Caso você autorize, você irá: 1) Assinar este termo, autorizando sua participação na pesquisa, 2) Ler a cartilha educativa disponibilizada pela pesquisadora, 3) Ler as instruções acerca do preenchimento do instrumento de validação e 4) Responder o instrumento de avaliação da cartilha disponibilizado pela pesquisadora.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Há riscos mínimos quanto a sua participação, podendo haver identificação do participante, entretanto, a pesquisadora se comprometerá em manter sigilo absoluto sobre a sua participação.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação. Acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que a família e os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente sequelado por AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de

vida dos pacientes cuidados, pois sua família e seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado integral, pleno e individualizado. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Ariane Alves Barros - Enfermeira
Telefone: (85) 8834-3804

Eu, _____

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação.

Sendo que: () aceito participar

() não aceito participar

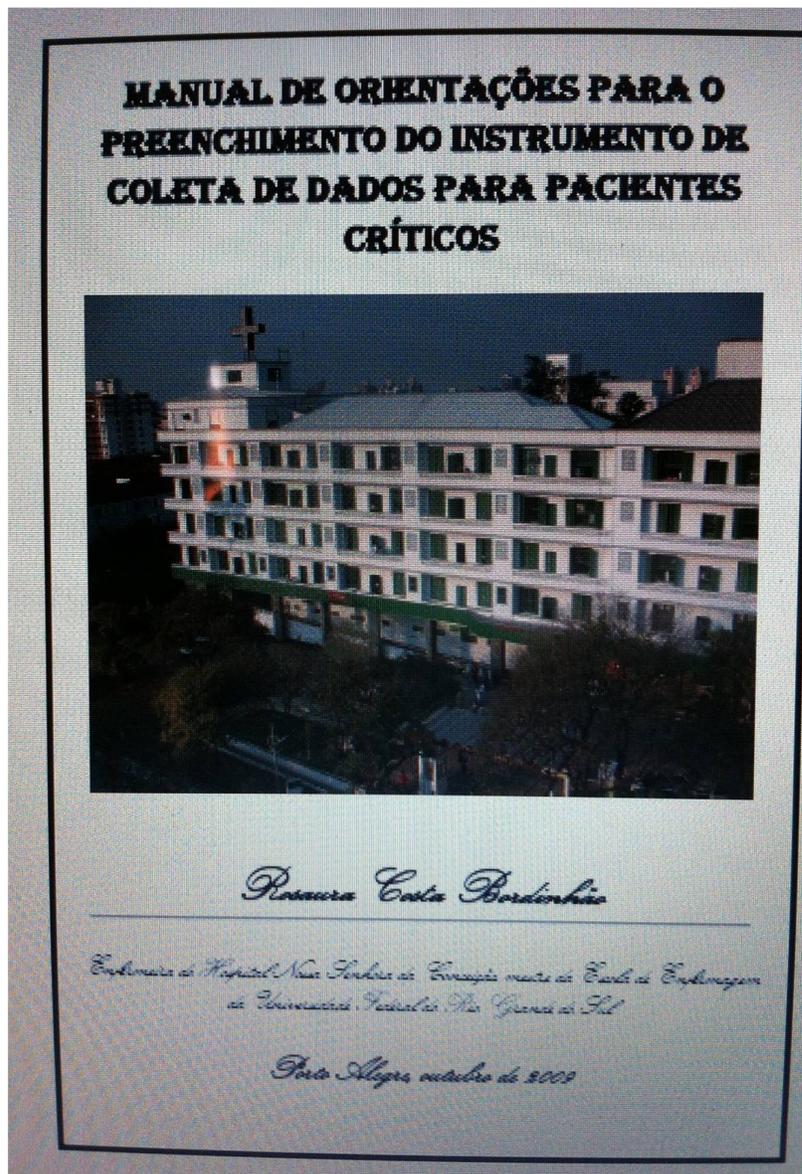
Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisado

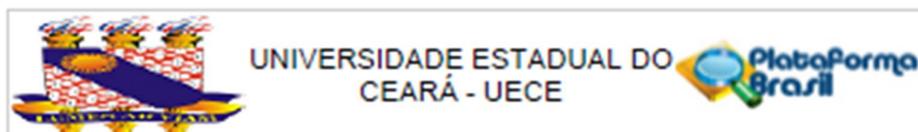
O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza - CE, 60.714-903, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

ANEXO 1 – MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PACIENTES CRÍTICOS
(BORDINHÃO, 2010)

CAPA



ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ (UECE)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: ARIANE ALVES BARROS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41493015.8.0000.5534

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.082.121

Data da Relatoria: 27/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, no qual haverá o levantamento das necessidades humanas básicas (NHBs) dos pacientes sequelados de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e posterior construção de uma cartilha educativa para a família/cuidadores dos pacientes sequelados de AVE.

Este tipo de pesquisa estuda os “[...] paradigmas, as crises das ciências, os métodos e as técnicas dominantes da produção científica” (DEMO, 1994, p. 37). E, procura desenvolver, validar e avaliar ferramentas e métodos de pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

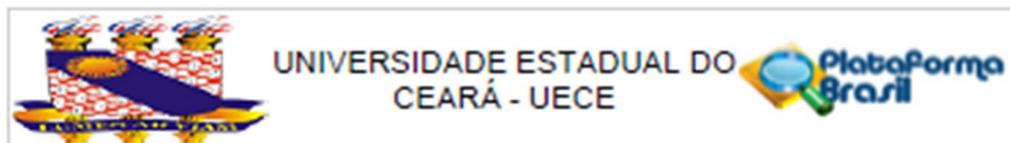
Geral

Construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico a partir da identificação das necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta

Específico

Identificar as necessidades humanas básicas dos pacientes sequelados por Acidente Vascular Encefálico

Endereço: Av. Sítio Munguba, 1700
Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: aneveska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.002.121

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes da pesquisa serão expostos a riscos mínimos. Poderá haver por parte do paciente constrangimento ao declarar algum aspecto de seu modo de vida ou durante a anamnese/exame físico a ser realizada pela pesquisadora. Neste caso, a pesquisadora suspenderá a coleta de dados, o paciente será esclarecido novamente acerca dos preceitos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012b) e, posteriormente, a coleta só continuará se o paciente estiver sentindo-se seguro, apto e se assim desejar. Os juizes poderão sentir-se inseguros ao responder o Instrumento via email, mas serão esclarecidos sobre a possibilidade de receberem o mesmo via sedex em seus domicílios ou local de trabalho. Os cuidadores podem ser submetidos a um nível de estresse se não souberem ler ou escrever, pois a cartilha educativa, apesar de ser pensada como sendo autoexplicativa, necessitará que o cuidador saiba pelo menos ler e escrever. A este público, a pesquisadora tentará explicar a cartilha educativa de modo simplificado e com enfoque nas imagens.

Benefícios:

Acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que a família e os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente sequelado por AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cuidados, pois sua família e seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado Integral, pleno e Individualizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O paciente que apresenta sequelas (reversíveis ou irreversíveis) tem seu quadro de dependência modificado, pois dependerá de outras pessoas para que suas Necessidades Humanas Básicas (NHBs) sejam supridas. E, tomando como base a Teoria das NHBs de Wanda Horta, este paciente poderá ter um cuidado focado nas suas reais necessidades de saúde. No presente estudo, será construída uma cartilha educativa por que ela permite a compreensão dos mais diversos públicos, incluindo os que não têm escolaridade, auxiliando também no fortalecimento das orientações fornecidas aos familiares/pacientes com AVE.

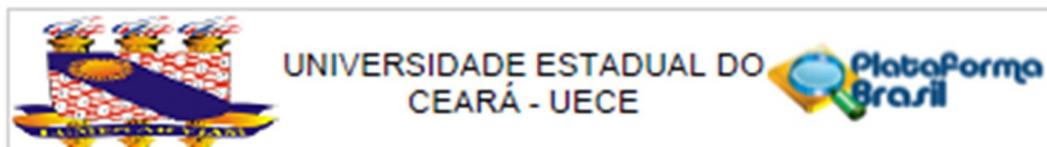
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresenta todos os termos de forma adequada

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES

Endereço: Av. Sílvia Murguiba, 1700
 Bairro: Itapevi CEP: 60.714-909
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: anevaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.002.121

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM PENDENCIAS

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 27 de Maio de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0906 E-mail: anevaleska@usp.br

ANEXO 3 – PARECER 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: MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA CUIDADORES DE PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: ARIANE ALVES BARROS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41493015.8.3001.5040

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.042

Data da Relatoria: 10/06/2015

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado, estudo metodológico, no qual haverá o levantamento das necessidades humanas básicas (NHBs) dos pacientes sequelados de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e posterior construção de uma cartilha educativa para a família/cuidadores dos pacientes sequelados de AVE. Será realizado no Hospital Geral de Fortaleza. O tamanho final da amostra será composto por um total de 113 pacientes maiores de 18 anos e que estejam internado na unidade de AVE, na emergência e no Ambulatório. Ressalta-se que quando o paciente se encontrar afásico, a entrevista

será realizada com seu acompanhante. Para a validação de aparência e de conteúdo da cartilha educativa, a população será formada por juizes com experiência na área de neurologia, em específico de AVE, e na preparação/validação de manuais educativos. Como o número ideal de juizes deve estar entre 6 e 20 especialistas na área e sempre corresponder a um número ímpar, para evitar o empate de opiniões, a pesquisadora estipulou um número de 19 juizes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar uma cartilha educativa para cuidadores de pessoas com sequelas de Acidente

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicó

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: 1.115.042

Vascular Encefálico a partir da Identificação das
necessidades humanas básicas preconizadas por Wanda Horta

Objetivo Secundário:

Identificar as necessidades humanas básicas dos pacientes sequelados por Acidente Vascular Encefálico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a pesquisadora os participantes da pesquisa serão expostos a riscos mínimos. Poderá haver por parte do paciente constrangimento ao declarar algum aspecto de seu modo de vida ou durante a anamnese/exame físico a ser realizada pela pesquisadora. Neste caso, a pesquisadora suspenderá a coleta de dados, o paciente será esclarecido novamente acerca dos preceitos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012b) e, posteriormente, a coleta só continuará se o paciente estiver sentindo-se seguro, apto e se assim desejar. Os juízes poderão sentir-se inseguros ao responder o instrumento via email, mas serão esclarecidos sobre a possibilidade de receberem o mesmo via sedex em seus domicílios ou local de trabalho. Os cuidadores podem ser submetidos a um nível de estresse se não souberem ler ou escrever, pois a cartilha educativa, apesar de ser pensada como sendo autoexplicativa, necessitará que o cuidador saiba pelo menos ler e escrever. A este público, a pesquisadora tentará explicar a cartilha educativa de modo simplificado e com enfoque nas imagens.

Benefícios:

Acredita-se que o conhecimento produzido por este estudo servirá para que a família e os cuidadores conheçam as necessidades de saúde do paciente sequelado por AVE, diminuindo a preocupação e a insegurança na prestação do cuidado, contribuindo, também, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes cuidados, pois sua família e seus cuidadores estarão mais aptos a realizar o cuidado integral, pleno e individualizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, propõe-se a elaboração de material tecnológico que ajudará a família no cuidado ao usuário com AVE e também aos profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou Folha de Rosto, anuência do chefe do serviço e do SEAP, cronograma, orçamento, TCLE

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900
 Bairro: Papicó CEP: 60.155-290
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br