

BIKTERLINE LANA FREITAS

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL
E CONHECIMENTO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS
CUIDADOS DOMICILIARES PÓS ALTA HOSPITALAR

SÃO PAULO
2014

BIKTERLINE LANA FREITAS

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL
E CONHECIMENTO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS
CUIDADOS DOMICILIARES PÓS ALTA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Anhanguera de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Doná

Coorientadora: Profa. Dra. Célia Aparecida Paulino

SÃO PAULO
2014

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha existência.

Aos meus filhos Lucas Eliabe Freitas dos Santos e Letícia Freitas dos Santos pelo apoio, carinho e amor.

À minha mãe Margarida Dias de Freitas, pelo amor e apoio incondicional.

À minha orientadora Profa. Dra. Flávia Doná pelo apoio, carinho, empenho, paciência e total dedicação para a conclusão do meu objetivo.

À minha coorientadora Profa. Dra. Célia Aparecida Paulino pelo carinho e pelas palavras sábias nas horas certas.

A todos os professores, que disponibilizaram tempo especial para atender-me e solucionar minhas dúvidas.

Aos meus colegas de trabalho, que me compreenderam e me ajudaram a conseguir realizar este projeto.

À secretária do Laboratório do Programa de Mestrado, Srta. Juliana de Souza pelo empenho e carinho que dedica aos alunos nas dificuldades apresentadas, ajudando-nos a resolver todas as nossas dúvidas.

À toda equipe do Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, sempre empenhada em promover um ensino de qualidade.

Meus sinceros agradecimentos.

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1:** Avaliação da funcionalidade de paciente após AVE por meio da Escala Norton. 26
- Figura 2:** Resultado da avaliação da funcionalidade de pacientes após AVE por meio da Escala de Rankin modificada. 29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas.	25
Tabela 2: Avaliação da funcionalidade e do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão por meio da Escala Norton.	26
Tabela 3: Avaliação da funcionalidade do paciente após AVE por meio da Escala de Barthel.	27
Tabela 4: Frequências absoluta e relativa da avaliação da funcionalidade do paciente após AVE por meio da Escala de Barthel.	28
Tabela 5: Características sociodemográficas e o relacionamento do cuidador informal com o paciente.	29
Tabela 6: Conhecimento dos cuidadores informais sobre os cuidados ao paciente no domicílio na alta hospitalar.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EEB	Escala do Equilíbrio de Berg
ECTC	Escala de Comportamento de Tronco
MIF	Medida de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
TUGT	Time Up and Go Test

RESUMO

FREITAS, B. L. **Acidente vascular encefálico: incapacidade funcional e conhecimento do cuidador informal sobre os cuidados domiciliares pós a alta hospitalar.** 2014. 54f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social – Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2014.

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença neurológica aguda, caracterizada por uma deficiência na irrigação sanguínea para o encéfalo, frequentemente de natureza não traumática e constitui a terceira causa de óbitos em países desenvolvidos, sendo precedida somente pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer. Os objetivos desse estudo foram: avaliar a capacidade funcional do paciente após acidente vascular encefálico (AVE) sob a ótica do profissional enfermeiro, e o conhecimento do cuidador informal sobre os cuidados domiciliares de pacientes após AVE na alta hospitalar. Trata-se de estudo descritivo transversal, composto por pacientes adultos (homens ou mulheres) que sofreram AVE isquêmico ou hemorrágico (N=20) de um Hospital da Rede Privada de Saúde. A funcionalidade foi avaliada por meio das Escalas de Norton, Rankin Modificada e Barthel. O conhecimento do cuidador informal foi avaliado por meio de um questionário com perguntas relacionadas à idade, sexo, grau de parentesco, conhecimento sobre o evento, grau de dificuldade para lidar com as incapacidades funcionais do paciente e quanto se sentia preparado com as orientações que recebeu do profissional de enfermagem na alta hospitalar. Dentre os 20 pacientes avaliados, 55,0% eram do sexo feminino com idade média de 68,8 anos. O AVE isquêmico foi evidenciado em 60,0% dos casos. A pontuação média na Escala de Norton foi 11,6 (DP=3,86), isto é, risco moderado a grave para desenvolver úlcera por pressão. O Índice de Barthel apontou pontuação média de 36,7 (DP=27,7), indicando dependência grave. Na Escala de Rankin Modificada, 80,0% dos pacientes apresentaram comprometimentos funcionais, com pontuação média de 3,6 (DP=1,3), que significa grau de incapacidade funcional moderado a grave para realizarem AVD's. Dos 20 cuidadores entrevistados, 85,0% eram do sexo feminino, com idade média de 42,5 anos, 75,0% mostraram algum conhecimento sobre a doença e 95,0% relataram que teriam dificuldade para dar continuidade nos cuidados do paciente no domicílio após alta hospitalar e que gostariam de obter mais orientações sobre o cuidado em domicílio. Concluiu-se que pacientes após AVE apresentam risco de desenvolver úlcera por pressão, risco de acidentes por quedas, incontinência urinária, dificuldade na alimentação, mobilidade prejudicada, alteração do estado mental, entre outros. Além das sequelas provenientes do AVE, os pacientes apresentam idade acima dos 60 anos, envolvendo os fatores fisiológicos inerentes do processo de envelhecimento, os quais podem dificultar ao cuidado domiciliar. Por sua vez, observou-se que os cuidadores informais têm pouco conhecimento sobre a doença e seus impactos e os cuidados que promoverá no domicílio, por isso necessitam de orientações direcionadas do profissional de enfermagem na alta hospitalar.

Palavras-Chave: Acidente vascular Encefálico. Funcionalidade. Incapacidade e Saúde. Enfermagem. Cuidado Domiciliar.

ABSTRACT

FREITAS, B. L. **Accident vascular brain: functional disability and informal caregiver's knowledge on domestic care after hospital discharge**. 2014. 54f. Dissertation (Master) - Professional Masters Program in Rehabilitation and Social Inclusion Body Balance - Anhanguera University of São Paulo, São Paulo, 2014.

The cerebrovascular accident (CVA) is an acute neurological disorder characterized by a deficiency in the blood supply to the brain, often from non-traumatic nature and is the third cause of death in developed countries, being preceded only by cardiovascular diseases and by cancer. The purpose of this study were to assess the patient's functional ability after stroke from the perspective of the nurse professional, and the knowledge of informal caregivers about the home care of patients at hospital discharge. This is a cross-sectional study with adult patients (men or women) who have had an ischemic or hemorrhagic stroke (N = 20) of a Hospital Health Private Network. The functionality was assessed using the Norton Scale, Modified Rankin and Barthel Index. Knowledge of the informal caregiver was assessed through a questionnaire related to age, sex, relationship, knowledge of the event, difficulty to deal with functional disability and patient as he felt prepared with the guidelines received the nursing professional in hospital. Among the 20 patients studied, 55.0% were female with a mean age of 68.8 years. Ischemic stroke was seen in 60.0% of cases. The average score from the Norton scale was 11.6 (SD = 3.86), i.e., moderate to severe risk of developing pressure ulcers. The Barthel Index pointed average score of 36.7 (SD = 27.7), indicating severe dependence. In the Modified Rankin Scale, 80.0% of patients had functional impairments, with an average score of 3.6 (SD = 1.3), which means a moderate degree of disability to severe to perform ADLs. Of the 20 caregivers, 85.0% were female, mean age 42.5 years, 75.0% had some knowledge about the disease and 95.0% reported that they would find it difficult to continue in patient care in the home after hospital discharge and would like to obtain further guidance on care in the household. It was concluded that patients after a stroke are at risk of developing pressure ulcers, risk of injury from falls, urinary incontinence, difficulty in feeding, impaired mobility, altered mental status, among others. In addition to the sequelae from stroke, patients have age over 60 years, involving physiological factors inherent in the aging process, which can make it difficult for home care. In turn, it was observed that informal caregivers have little knowledge about the disease and its impacts and the care that promoted in the household, so require targeted guidance of professional nursing in the hospital.

Keywords: Cerebrovascular accident. Functionality. Disability and health. Nursing. Home care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CUIDADOR INFORMAL E OS CUIDADOS ADMINISTRADOS NO DOMICÍLIO	16
2	JUSTIFICATIVA	18
3	HIPÓTESE	19
4	OBJETIVOS	20
5	MATERIAL E MÉTODO	21
5.1	CASUÍSTICA	21
5.2	FASE I: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADES	21
5.2.1	Escala de Norton	22
5.2.2	Escala de Rankin modificada	22
5.2.3	Escala de Barthel	22
5.3	FASE 2: ENTREVISTA COM O CUIDADOR INFORMAL	23
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
5.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	23
6	RESULTADOS	25
6.1	Caracterização clínico-funcional dos pacientes com sequelas do Acidente Vascular Encefálico	25
6.2	Entrevista com o cuidador informal na alta hospitalar sobre os cuidados do paciente com incapacidade funcional no domicílio	29
7	DISCUSSÃO	32
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE	43
	ANEXOS	44

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença neurológica aguda, caracterizada por uma deficiência na irrigação sanguínea para o encéfalo, frequentemente de natureza não traumática e constitui a terceira causa de óbitos em países desenvolvidos, sendo precedida somente pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer (BRITO; RABINOVICH, 2008).

Estatísticas alertam para uma elevada taxa de morbimortalidade do AVE. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003), o AVE é a segunda causa de mortalidade e está entre as primeiras causas de internação hospitalar. Há cerca de 150.000 novos casos anualmente no país, sendo aproximadamente 20% casos recorrentes. O AVE é a maior causa de incapacitação para o trabalho entre adultos e, na sua forma hemorrágica, é a principal causa de morte entre as doenças vasculares (TEIXEIRA-SAMELA, 2005).

Embora as medidas preventivas comprovem um declínio significativo nos últimos anos, o AVE é a terceira causa de morte, com uma mortalidade global de 18 a 37% para o primeiro episódio e superior a 62% para os episódios subsequentes. Conforme as estatísticas apontam, cerca de dois milhões de pessoas que sobreviveram ao AVE permanecem com alguma incapacidade funcional, sendo que 40% necessitam de assistência nas atividades de vida diária (ANDRADE, 2009).

A incidência do AVE é maior após os 65 anos, pois há um aumento do risco com a idade, dobrando a cada década após os 55 anos (O´SULIVAN, 2004).

Haja vista o rápido e intenso envelhecimento populacional brasileiro, estima-se que o AVE tenha cada vez mais relevância como um problema de saúde pública, até que os investimentos na prevenção desta doença passem a ser prioridade do sistema de saúde brasileiro.

Nos últimos 15 anos, o advento de novas abordagens para os cuidados na fase aguda dos pacientes com AVE como, por exemplo, a terapia trombolítica e os cuidados em Unidades de AVE, trouxeram excepcional avanço do ponto de vista de prognóstico aos pacientes.

O AVE é classificado em duas grandes categorias: AVE isquêmico, quando ocorre a oclusão de um vaso sanguíneo (artéria) que irriga determinada região

encefálica e priva essa região de nutrientes e oxigênio, e AVE hemorrágico que acontece quando há ruptura de um vaso sanguíneo encefálico, independente do tipo de evento.

Após um episódio de AVE, uma série de alterações neurológicas pode surgir e gerar mudanças funcionais e cognitivas, e ainda mudança de personalidade, comportamento e das atividades fisiológicas, trazendo prejuízo à qualidade de vida (QV)¹ do paciente e de todos os envolvidos, pois exige da família uma atuação mais frequente (ANDRADE, 2009).

Em estudo Da Cruz e Diogo (2009) mostrou que o AVE provoca alterações e pode deixar sequelas incapacitantes² relacionadas à marcha, movimentos dos membros, controle esfinteriano, linguagem, alimentação, função cognitiva, atividade sexual, assimetria postural, depressão entre outras. Essas alterações causam prejuízo na autonomia do paciente para realizar as atividades da vida diária, atividade profissional e atividades de lazer.

O controle do equilíbrio corporal também costuma estar comprometido após o AVE. Os comprometimentos da simetria e estabilidade dinâmica são comuns, os pacientes tipicamente apresentam assimetria, na qual a maior parte do peso, nos movimentos de sentar e levantar, é transferida para o lado não parético, tais comprometimentos além de causar insegurança, aumentam o risco de acidentes por quedas (COSTA; BEZERRA; OLIVEIRA, 2006).

¹O termo QV tem recebido uma variedade de definições ao longo dos anos e pode basear-se em três princípios fundamentais: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde. Na realidade, o conceito de QV varia de acordo com a visão de cada indivíduo (SANTOS, 2002).

² De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF):

- Disfunção é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica no nível orgânico.
- Deficiência é a anormalidade ou a perda anatômica, fisiológica, mental ou emocional.
- Restrição Social é a desvantagem decorrente da disfunção ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função normal pelo indivíduo. Depende de idade, sexo e fatores socioculturais.

Segundo a OMS (2003), a funcionalidade deve ser entendida como termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos entre a interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais.

A alta prevalência de quedas nessa população decorre de alterações denominadas intrínsecas e extrínsecas. Os fatores intrínsecos se referem aos problemas fisiológicos, e, no caso dos pacientes acometidos por AVE, podem-se destacar as alterações sensoriomotoras como: visuais, parestesia, paresia, diminuição de flexibilidade muscular e de mobilidade articular, fraqueza muscular e declínio cognitivo. Já os fatores denominados de extrínsecos estão fortemente associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente como presença de buracos, escadas e terrenos irregulares, que também constituem maior risco de quedas (COSTA et al., 2010).

O AVE configura-se, assim, como importante doença, capaz de aumentar as chances de ocorrência de quedas em decorrência do relevante comprometimento físico que pode ocasionar. Destaca-se ainda, que a maioria dos indivíduos atingidos por esse evento é idosa, o que, por si só, constitui fator de risco para queda. Grande parte das pessoas que sobrevivem ao AVE apresentam hemiplegia e possui como comprometimento mais evidente a tendência em manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o hemicorpo parético, conforme já supracitado (COSTA et al., 2010).

Adicionalmente, Addington-hall (1995) afirma que mais da metade dos cuidadores relataram que os pacientes após AVE podem apresentar dor (65%), confusão mental (51%), distúrbio do humor (57%) e incontinência urinária (56%). Estas disfunções podem ser acompanhadas por ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual.

De acordo com Teixeira-Samela (2005), logo que a fase aguda tenha sido superada, o paciente recebe alta hospitalar. O retorno para a sua realidade pode desencadear uma situação de estresse e trazer alguns conflitos, pois ao mesmo tempo em que a família se sente feliz e aliviada por ver seu familiar voltando para casa, é inevitável o medo e a insegurança em lidar com tal situação.

Nesta fase a observação do profissional enfermeiro é de suma importância, pois a responsabilidade do cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde atual, sendo relevante um olhar progressivo, e a adoção do diagnóstico de enfermagem, pois facilita a identificação das prioridades e garante intervenções direcionadas (MEIRELES et al., 2007).

Em virtude disso, o plano de cuidado é preparado com a participação do paciente, seu cuidador e a equipe multidisciplinar na Unidade de AVE, pois as atividades deverão ser planejadas para minimizar a possibilidade de complicações secundárias (SMELTZER, 2005).

Dessa forma, um programa de alta hospitalar como, um guia prático de orientação aos cuidadores informais, pode contribuir para que todos se sintam mais seguros para dar continuidade nos cuidados iniciados no hospital, promovendo a independência para realizar as atividades diárias e garantir o bom estado de saúde do paciente (POMPEO et al., 2007; TEIXEIRA, 2010).

Fundamentado nestes princípios, o processo educativo tem início durante a internação, e visa aumentar as estratégias de cuidados para reduzir os níveis de estresse do cuidador informal e prepará-lo para as ações domiciliares (BOCCHI, 2005).

Segundo Britto e Rabinovich (2008), o surgimento de uma doença incapacitante é um momento especialmente crítico de enfrentamento para a família, pois atinge todos os seus membros. Embora o impacto de eventos como morte e doença na família seja discutido, as formas com as quais esta lida com a incapacidade ainda é pouco explorada e tem sido mantida no âmbito domiciliar.

A assistência domiciliária é uma alternativa promissora, pois é menos onerosa ao sistema de saúde e de qualidade, podendo minimizar as perdas dos idosos. Essa assistência tem por metas produzir impacto sobre o indivíduo e sobre a saúde pública. Indiretamente, seus benefícios individuais e coletivos coincidem, pois partem do princípio que no ambiente domiciliar tanto a capacidade funcional, como a qualidade de vida aumentam ou podem ser mantidas, minimizando a necessidade de reinternações hospitalares, reduzindo sua permanência e possivelmente seus custos implicados (LACERDA et al., 2011).

A problemática da carência nas redes de serviços de saúde faz com que muitas vezes, a tarefa de amparar os pacientes seja de responsabilidade exclusiva dos cuidadores.

O cuidado significa o ato ou tarefa de zelar pelo bem estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato, consoante ao documento oficial do Ministério da Saúde (1990). Os pacientes, vítimas do AVE, passam a depender de terceiros para realizar suas

atividades de vida diária (AVD's) básicas, tais como: higiene, locomoção e alimentação.

É possível distinguir três tipos de cuidadores: o cuidador institucional, que é contratado pela família; o cuidador domiciliar, contratado também pela família, e o cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que assume a tarefa de cuidar do paciente, porém, todos apresentam dificuldades implícitas em suas tarefas (VIEIRA, 2012).

De acordo com Vieira, o processo de cuidado tem início no ambiente hospitalar com orientações pontuais frente à eminência dos problemas observados pelo profissional de enfermagem, visando o preparo para uma nova fase na vida do paciente e de seus familiares.

1.1 CUIDADOR INFORMAL E OS CUIDADOS ADMINISTRADOS NO DOMICÍLIO

Conforme supracitado, os pacientes após AVE continuam requerendo cuidados especiais, que, considerando a cultura brasileira e as condições socioeconômicas da nossa população, na maioria das vezes são fornecidos pela família (LAVINSKY, 2004).

O papel do cuidador pode ser informal, quando assumido por um membro da família ou da comunidade, e formal, quando assumido por um profissional com formação específica ou contratado, mas geralmente a responsabilidade principal sobre o cuidado do paciente recai sobre um único familiar, denominado cuidador principal. Ele tem que lidar não só com as dificuldades do paciente, como a mobilidade, autocuidado e comunicação, como também com os possíveis comprometimentos da função cognitiva, depressão e mudança na personalidade (LAHAM, 2003).

A tarefa de cuidar de um familiar expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Existe uma variabilidade de respostas a essas mudanças, que divergem de indivíduo para indivíduo, como também no mesmo indivíduo ao longo do tempo (LAVINSKY, 2004).

Algumas pessoas são capazes de lidar mais adequadamente com as adversidades do cuidar, enquanto muitas reagem de maneira inapropriada, geralmente, quando o estresse se sobrepõe, gerando sobrecarga (FONSECA; PENNA; SOARES, 2008).

Apesar da alta prevalência do AVE e a sobrecarga potencial para o cuidador familiar, são raros os programas sociais de apoio a essas pessoas em nosso país.

Tendo em vista que para planejar e desenvolver estratégias de apoio efetivas direcionadas ao cuidador familiar é necessário produzir informação e conhecimento sobre o tema, buscar conhecer a percepção do cuidador familiar de pacientes com sequela de AVE sobre as repercussões físicas e psicossociais decorrentes da tarefa que irão desempenhar.

Segundo Rocha (2008), o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos e, na maioria dos casos, essa pessoa não possui preparo adequado ou suporte para lidar com tais cuidados, além disso, as atividades prestadas somam-se a outras cotidianas.

O cuidador tem um importante papel de interação entre a equipe de saúde e o paciente, executando tarefas recomendadas. Entretanto, mais que isso, como membro da família, o cuidador é usuário do serviço de saúde e também requer atenção específica, inclusive de caráter preventivo.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo foi elaborado considerando-se a experiência profissional de 22 anos do mestrando na área de enfermagem, a atuação dos cuidadores informais nos cuidados domiciliares do paciente após AVE e a importância do profissional de enfermagem na elaboração do plano de cuidados a ser executado pelo cuidador informal na assistência domiciliar.

Sendo assim, o estudo teve como proposta elucidar as incapacidades funcionais do paciente após AVE, bem como, a experiência e o grau de dificuldade do cuidador informal, na alta hospitalar, para prestar cuidados ao paciente com necessidades especiais no domicílio.

3 HIPÓTESE

Após o AVE, os pacientes apresentam diversas alterações motoras e não motoras que culminam em incapacidades funcionais e, portanto, necessitam de cuidados específicos e direcionados. Por sua vez, o cuidador informal desconhece a doença e o impacto desta na vida do paciente, mostrando-se inseguro para prestar os cuidados no domicílio.

4 OBJETIVOS

4.1 Avaliar a funcionalidade do paciente após AVE, sob o ponto de vista da enfermagem na alta hospitalar.

4.2 Avaliar o conhecimento do cuidador informal sobre os cuidados no domicílio de paciente após AVE na alta hospitalar.

5 MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo descritivo transversal, que foi composto por duas fases: 1 Caracterização clínico-funcional do paciente pós AVE na alta hospitalar; 2 Entrevista com o cuidador informal do paciente na alta hospitalar.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Anhanguera de São Paulo – UNIAN - CAAE: 34269214.2.0000.5493 (ANEXO 1).

5.1 CASUÍSTICA

A amostra foi composta por 20 pacientes adultos do sexo feminino ou masculino que sofreram AVE isquêmico ou hemorrágico, e 20 cuidadores informais do sexo masculino ou feminino, em um Hospital da Rede Privada de Saúde, de São Paulo.

Os pacientes e os cuidadores foram avaliados pela pesquisadora durante o processo de internação com programação de alta hospitalar.

Foram critérios para exclusão: pacientes que apresentaram AVE transitório, sem limitações físico-funcionais; àqueles que não estavam com o cuidador presente no momento da alta hospitalar, e àqueles cuja família tinha preferência por contratar os serviços de um cuidador formal.

Em relação aos cuidadores foram excluídos, aqueles que tinham formação de cuidador ou profissional de enfermagem, e aqueles que não estavam presentes na alta hospitalar.

5.2 FASE I: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADES

A funcionalidade dos pacientes foi avaliada por meio dos seguintes instrumentos: Escala de Norton, Escala de Rankin Modificada e Escala de Barthel.

5.2.1 Escala Norton

É uma ferramenta de uso do enfermeiro para avaliar o risco do paciente a desenvolver úlcera por pressão devido ao declínio físico-funcional resultado da redução da mobilidade.

Esta escala consiste de cinco fatores de risco a serem investigados:

1- condição física; 2- estado mental; 3- atividade; 4- mobilidade; 5- incontinência. Cada um dos fatores de risco é dividido em vários níveis, e cada nível é pontuado em uma escala de 1 a 4. A soma dos cinco níveis produz um escore que pode variar de 5 a 20. O paciente com escores de 5 a 11 é classificado com risco muito alto, 12 a 14 risco evidente e acima de 14 denominado de risco mínimo (ANEXO 2).

5.2.2 Escala de Rankin modificada

A Escala de Rankin modificada é utilizada para avaliação das incapacidades do paciente de maneira fácil e rápida e pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, com escore que vão de 0 a 6, sendo que quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência.

Os pacientes agrupados com escores: 0 e 1 são classificados como independentes, não tiveram nenhuma sequela ou estas foram consideradas mínimas; os classificados como 2 e 3 são os que possuem alguma sequela, porém por meio de adaptações conseguem fazer as atividades prévias e andam sem ajuda. Os pacientes classificados como 4 e 5 não conseguem andar sem ajuda e podem estar limitados à cama, com necessidade de cuidado 24 horas. O óbito é classificado como escore 6 (ANEXO 3).

5.2.3 Escala de Barthel

A Escala de Barthel é um instrumento utilizado para avaliação das atividades da vida diária e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações intestinais e vesicais; cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação total é composta pelos pontos obtidos em cada categoria como: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem

cadeira-cama, deambulação e escadas, a depender do tempo e do cuidado necessário a cada paciente. A escala pode ser constituída por 10 ou 15 itens, para o estudo usou-se a escala com 10 itens. A pontuação é de 0 a 100 com intervalos de 5 pontos entre os itens avaliados. Classificação: 0-20 pontos indicam dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 leve dependência e 100 independência (ANEXO 4).

5.3 FASE 2: ENTREVISTA COM O CUIDADOR INFORMAL

Os cuidadores responderam um questionário contendo cinco perguntas relacionadas ao conhecimento sobre o AVE, o grau de dificuldade para lidar com as incapacidades funcionais do paciente e quanto se sentia preparado com as orientações que recebeu do profissional de enfermagem na alta hospitalar (APÊNDICE 1).

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados foi empregado, inicialmente, a estatística descritiva. Para tanto, foram calculadas as medidas-resumo e construídas tabelas adequadas à natureza e ao nível de mensuração das variáveis envolvidas.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a confidencialidade dos dados, a liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, os benefícios e as possibilidades de riscos mínimos. Foram ainda informados sobre a possibilidade de maiores esclarecimentos sobre a pesquisa no Comitê de Ética, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução Nº466/12). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

– Universidade Anhanguera (CAAE: 34269214.2.0000.5493) e pela direção da Instituição de Saúde.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS PACIENTES COM SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Participaram deste estudo 9 (45,0%) homens e 11 (55,0%) mulheres, com idade média de 68,8 anos, sendo a idade mínima de 56 anos e a máxima 83 anos (DP=8,2). Segundo o tipo de AVE, 12 (60,0%) pacientes apresentaram AVE isquêmico e 8 (40,0%) sofreram AVE hemorrágico (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas (N=20).

Variáveis categóricas	N (%)
Sexo	
Masculino	9 (45,0%)
Feminino	11 (55,0%)
Faixa Etária	
55 —— 65	7 (35,0%)
65 ---- 75	7 (35,0%)
75 —— 85	6 (30,0%)
Tipo de AVE	
Isquêmico	12 (60,0%)
Hemorrágico	8 (40,0%)

Na avaliação da funcionalidade e do risco para desenvolver úlcera por pressão, por meio da escala de Norton, observou-se baixa pontuação (maior comprometimento) nos itens incontinência urinária ($2,0 \pm 0,97$ pontos), atividade ($2,2 \pm 1,4$ pontos), mobilidade ($2,40 \pm 0,68$ pontos), condição física ($2,4 \pm 0,75$ pontos) e condição mental ($2,70 \pm 0,92$ pontos), isto é, risco de moderado a grave para desenvolver úlcera por pressão (Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação da funcionalidade e do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão por meio da Escala Norton (N=20).

Condições	Média (DP)	Mediana	Mínima-Máxima
Condição Física	2,4 (0,75)	2	1-4
Estado Mental	2,7 (0,92)	2,5	1-4
Atividade	2,2 (1,04)	2	1-4
Mobilidade	2,4 (0,68)	2	1-4
Incontinência	2,0 (0,97)	2	1-4
Total	11,6 (3,86)	10	5-20

Quanto ao número de pacientes com risco para desenvolver úlcera por pressão, verificou-se que, 13 pacientes com incontinência, 12 com prejuízo nas atividades, 12 com condição física prejudicada, 10 com mobilidade prejudicada e 10 com alteração do estado mental; Esses dados foram obtidos por meio do agrupamento das classificações ruim e muito ruim (Figura 1).

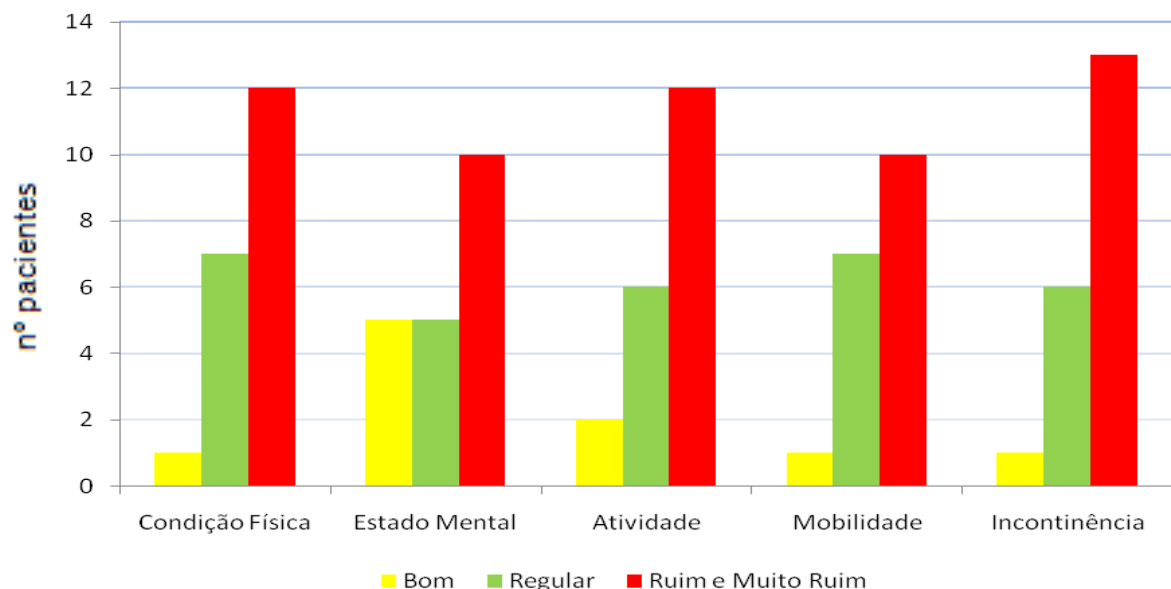


Figura 1: Avaliação da funcionalidade de paciente após AVE por meio da Escala Norton (N=20)

Na avaliação da funcionalidade, por meio da Escala de Barthel, observou-se prejuízo nos seguintes itens: atividades rotineiras ($0,5 \pm 1,5$ pontos), banho

(1,5±2,8 pontos), uso do banheiro (2,7±2,5 pontos), sistema urinário (2,7±3,1 pontos), intestino (3,5±4,1 pontos), vestir-se (3,7±2,2 pontos), alimentação (4,5±3,2 pontos), mobilidade (7,0±6,2 pontos) e transferência da cama para a cadeira e vice versa (7,2±3,8 pontos). A pontuação total média foi de 36,7 (DP=27,7), indicando dependência grave (Tabela 3).

Tabela 3: Avaliação da funcionalidade do paciente após AVE por meio da Escala de Barthel (N=20).

Condições	Média (DP)	Mediana	Mínima-Máxima
Alimentação	4,5 (3,2)	5	0-10
Banho	1,5 (2,8)	0	0-10
Atividades Rotineiras	0,5 (1,5)	0	0-5
Vestir-se	3,7 (2,2)	5	0-5
Intestino	3,5 (4,1)	2,5	0-10
Sistema Urinário	2,7 (3,1)	2,5	0-10
Uso do Banheiro	2,7 (2,5)	5	0-5
Transferência	7,2 (3,8)	7,5	0-15
Mobilidade	7,0 (6,2)	7,5	0-15
Escadas	3,3 (3,4)	5	0-10
Total	36,7 (27,7)	37,5	0-80

Em relação às frequências absoluta e relativa, obtidas na Escala de Barthel, observou-se que: 20 (100,0%) pacientes apresentaram alta dependência para vestir-se e uso de banheiro, 19 (95,0%) casos apresentaram disfunção do sistema urinário e dificuldade na transferência da cama para a cadeira e vice-versa, 18 (90,0%) para subir/descer escadas, 17 (85,0%) para alimentar-se, 16 (80,0%) relataram comprometimento no funcionamento do intestino e 15 (75,0%) referiram dificuldades para movimentar-se, tomar banho e desenvolver atividades rotineiras (Tabela 4).

Tabela 4: Frequências absoluta e relativa da avaliação da funcionalidade do paciente após AVE por meio da Escala de Barthel (N=20).

Condições	Incapaz/ Dependente N (%)	Precisa de ajuda N (%)	Precisa de muita ajuda N (%)	Independente N (%)
Alimentação	5 (25,0%)	12 (60,0%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)
Banho	15 (75,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)
Atividades Rotineiras	0 (0,0%)	15 (75,0%)	0 (0,0%)	5 (25,0%)
Vestir-se	5 (25,0%)	15 (75,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Intestino	6 (30,0%)	10 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (20,0%)
Sistema Urinário	10 (50,0%)	9 (45,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)
Uso do banheiro	9 (45,0%)	11 (55,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Transferência	2 (10,0%)	9 (45,0%)	8 (40,0%)	1 (5,0%)
Mobilidade	7 (35,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	5 (25,0%)
Escadas	9 (45,0%)	9 (45,0%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)

Na avaliação da funcionalidade, por meio da Escala de Rankin Modificada, observou-se que 16 (80,0%) pacientes apresentaram comprometimento importante ($3,6 \pm 1,3$ pontos), indicando grau de incapacidade de moderado a grave.

Na classificação dos pacientes quanto a capacidade funcional por meio da Escala de Rankin Modificada, 6 (30,0%) apresentaram incapacidade grave, 6 (30,0%) incapacidade moderada a grave, 4 (20,0%) incapacidade moderada, 3 (15,0%) incapacidade leve e 1 (5,0%) sintomas de incapacidade (Figura 2).

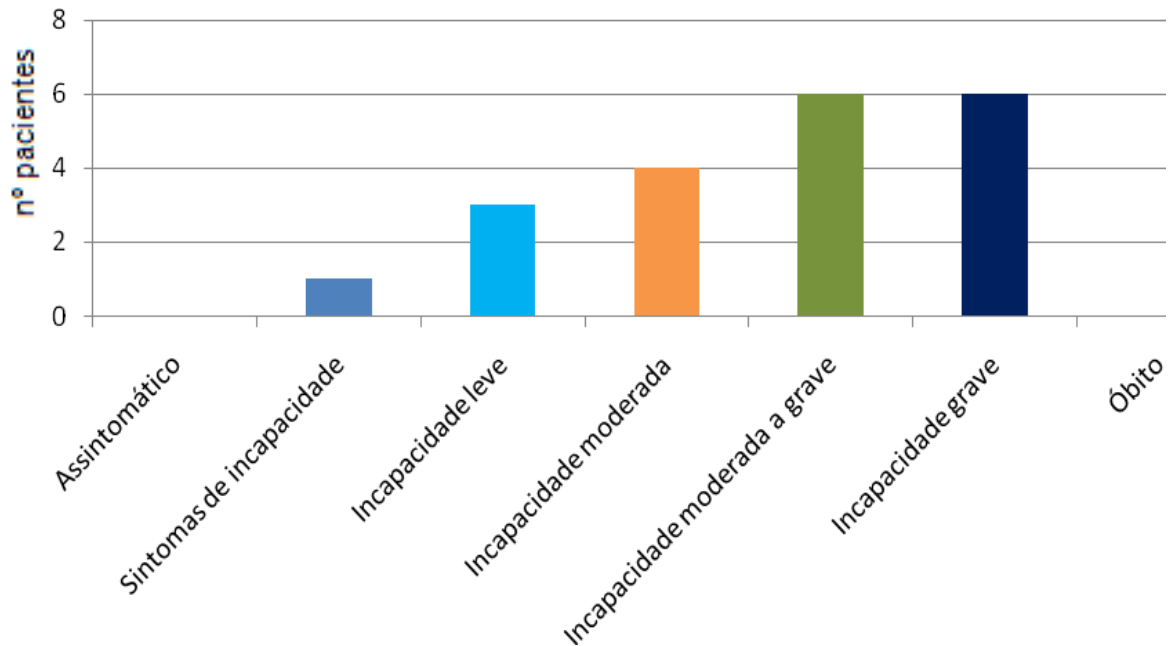


Figura 2: Avaliação da funcionalidade de pacientes após AVE por meio da Escala de Rankin modificada (N=20).

6.2 ENTREVISTA COM O CUIDADOR INFORMAL NA ALTA HOSPITALAR SOBRE OS CUIDADOS DO PACIENTE COM INCAPACIDADE FUNCIONAL NO DOMICÍLIO

Quanto aos cuidadores entrevistados (N=20), 3 (15,0%) eram do sexo masculino e 17 (85,0%) feminino, com idade média de 42,5 anos (DP=9,5), sendo a idade mínima 24 anos e a máxima 58 anos. O tipo de vínculo encontrado entre o cuidador e o paciente foi: 13 (65,0%) familiar, 2 (10,0%) amigo e 5 (40,0%) cuidador informal contratado (Tabela 5).

Tabela 5: Características sociodemográfica e o vínculo do cuidador informal com o paciente (N=20).

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	3 (15,0%)
Feminino	17 (85,0%)
Faixa Etária	
20 — 30	3 (15,0%)
30 — 40	3 (15,0%)
40 — 50	10 (50,0%)
50 — 60	4 (20,0%)
Vínculo	
Amigo	2 (10,0%)
Familiar	13 (65,0%)
Contratado	5 (40,0%)

Em relação ao conhecimento dos cuidadores sobre o AVE, 15 relataram algum conhecimento sobre a doença, expressado na resposta por rompimento ou ruptura do vaso e/ou comprometimento neurológico; 1 respondeu que é a *“parada cardíaca, parada respiratória, derrame cerebral”*; 1 respondeu que *“muitos desses pacientes perdem os movimentos e fica incapaz de locomover”*; 1 respondeu que é *“uma lesão cerebral parcial”*; 1 não respondeu e 1 disse que *“não entende nada, por isso eu acho muito importante uma cartilha para saber como cuidar do paciente”*.

Na análise das demais questões, observou-se que 10 (50,0%) tinham muita dificuldade para prestar cuidados no domicílio, 9 (45,0%) responderam que teriam pouca dificuldade em lidar com estas dificuldades, e somente 1 (5,0%) respondeu que não terá nenhuma dificuldade em lidar com as limitações do doente no domicílio (Tabela 6).

Tabela 6: Conhecimento dos cuidadores informais sobre os cuidados ao paciente no domicílio na alta hospitalar. (N=20).

Perguntas/respostas categóricas	N (%)
Quanta dificuldade o(a) Sr(a) acha que terá ao cuidar de seu paciente nas atividades diárias?	
Nenhuma	1 (05,0%)
Pouco	9 (45,0%)
Muita	10 (50,0%)
Quanto o(a) Sr(a) acha importante que o enfermeiro faça as orientações sobre os cuidados em domicílio?	
Não acho importante	1 (05,0%)
Pouco	0 (00,0%)
Muito	19 (95,0%)
Quanto o(a) Sr(a) se sente seguro com as orientações que recebeu do profissional enfermeiro no hospital?	
Pouco	3 (15,0%)
Suficiente	9 (45,0%)
Muito	8 (40,0%)
O(a) Sr(a) acha importante que as orientações feitas pelo enfermeiro estejam de forma ilustrativa?	
Sim	17 (85,0%)
Não	3 (15,0%)

7 DISCUSSÃO

A pesquisa evidenciou predomínio do AVE isquêmico (60,0%) quando comparado ao hemorrágico (40,0%), apresentando discreta incidência nas mulheres com idade média de 68,8 anos. De Carvalho et al. (2011) realizaram um estudo epidemiológico (N=3294) do AVE no Brasil, no qual mostrou maior prevalência no sexo feminino (51,8%).

Este quadro demonstra um reflexo dos hábitos de vida da sociedade atual, e pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida ocorrido nos últimos anos, e pela exposição aos fatores de risco modificáveis como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, uso de anticoncepcionais e alimentação inadequada, e não modificáveis como sexo, idade e etnia (DE CASTRO, 2009).

A avaliação da funcionalidade dos pacientes foi realizada por meio de três instrumentos, sendo um deles a Escala de Norton, que evidencia, por meio do declínio funcional, riscos para desenvolver úlcera por pressão com índice menor que 14. A pontuação média foi de 11,6, sendo que 13 pacientes apresentaram incontinência urinária, 12 comprometimentos da condição física e da capacidade em realizar atividades diárias e 10 apresentaram deficiência de mobilidade e alteração do estado mental.

De acordo com Cordova et al. (2007), a incontinência urinária pode causar infecção do trato urinário recorrente e complicações cardíacas, sendo que, sobreviventes de AVE têm alterações nos padrões urinários, que podem levar a incontinência e/ou urgência urinária. Esses autores avaliaram 22 pacientes após AVE, e verificaram que 23,53% apresentavam incontinência urinária.

Essas alterações estão, normalmente, relacionadas a fatores como: comprometimento da comunicação, deficiência de percepção e pouca mobilidade. A redução de mobilidade foi observada no atual estudo em 55,0% dos pacientes. Essa alteração aumenta o risco para desenvolver úlcera por pressão e outras complicações secundárias, que culminam em incapacidade funcional.

Segundo Polese et al. (2008), pacientes após AVE podem desenvolver úlcera por pressão em virtude da dificuldade em manter o peso no hemicorpo afetado, interferindo no controle e na estabilidade postural, o que gera dificuldades na movimentação do tronco e membros.

Na avaliação do grau de dependência por meio da Escala de Barthel, observou-se que 100% dos pacientes apresentaram dependência ou precisavam de ajuda para vestir-se, subir/descer escadas e uso de banheiro, 95% para transferência e controle do sistema urinário, 85% para alimentação, 80% para controle do intestino e 75% para realizar atividades rotineiras, banho e mobilidade.

As dificuldades para transferência, manutenção do equilíbrio corporal em postura ortostática, dificuldade para deambular e realizar tarefas funcionais predispõem ao medo e risco de acidentes por quedas (COSTA et al., 2010).

Estudo de Moraes et al. (2012) mostrou que 40,5% dos idosos após AVE relataram histórico de quedas (N=37). A prevalência de queda nesses pacientes decorre de alterações denominadas intrínsecas e/ou extrínsecas.

Os fatores intrínsecos referem-se aos problemas fisiológicos, e no caso dos pacientes acometidos por AVE, destacam-se as alterações dos sistemas neuromotores e sensoriomotores, tais como, alterações visuais, vertigens, parestesia, parestesia, diminuição de flexibilidade e de mobilidade, alterações no equilíbrio corporal, fraqueza muscular e declínio cognitivo, sendo que todos estes sinais e sintomas contribuem para aumentar o risco de queda (COSTA et al., 2010).

As quedas de pacientes após AVE ocorrem com maior frequência no domicílio, e grande parte acontece no quarto, normalmente, durante o uso do banheiro no domicílio, sendo este um fator importante a ser prevenido, pois o evento queda pode trazer novas complicações e aumentar o tempo de reabilitação do paciente (MORAIS et al., 2012).

Estas informações são reforçadas na pesquisa de Pompeu et al. (2011), que, por meio da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), da Escala de Comportamento de Tronco (ECTC), da Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e da avaliação da força da musculatura respiratória em indivíduos com diagnóstico de AVE (N=15), detectou relação entre as escalas ECTC, MIF e

EEB, pois se os músculos do tronco apresentam deficiência e não desempenham seu papel de estabilizar o tronco, o paciente terá alterações no equilíbrio corporal, e conseqüentemente prejuízo na sua funcionalidade. Portanto, independente da idade do paciente, o AVE gera deficiências motoras e/ou sensoriais como plegias/paresias, que são capazes de interferir nas AVD's e no grau de capacidade funcional (PACHECO, 2013).

Na avaliação da funcionalidade por meio da escala de Rankin Modificada que avalia as incapacidades do paciente, observou-se que 16 pacientes apresentavam grau de incapacidade para realizar AVD's, com pontuação média de 3,6. Segundo Brito et al. (2008), a perda da capacidade funcional está associada à predição de fragilidade, dependência, risco aumentado de quedas e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo.

Menezes (2008) afirma que a morbidade relacionada às quedas tem várias implicações além das fraturas, podem causar prejuízos físicos e psicológicos. O medo de cair pode ser a complicação mais incapacitante de uma queda, gerando uma diminuição da mobilidade e aumentando o desuso.

Estudo realizado por Giriko et al. (2006) teve como objetivo avaliar a alteração da marcha e o risco de quedas em pacientes hemiplégicos (N=13) por meio das escalas EEB e *Time Up and Go Test* (TUGT) e mostraram que as alterações motoras e funcionais dos pacientes hemiplégicos afetam negativamente o desempenho na marcha e aumentam o risco de queda do paciente exposto a situações em que as suas habilidades motoras são requisitadas.

Além das complicações primárias causadas pelo AVE, não se pode excluir o processo inerentes do envelhecimento na incapacidade funcional. Os pacientes que participaram desse estudo tinham idade mínima de 56 e máxima de 83 anos. O processo de envelhecimento pode causar alterações fisiológicas como, por exemplo, perda visual, auditiva e da força muscular, osteoporose, instabilidade postural, alteração da marcha e declínio cognitivo (COSTA, 2010).

Segundo Morais et al. (2012), a polifarmácia também contribui para estas alterações, pois é comum os pacientes acima de 65 anos fazerem uso de

medicamentos para tratar ou reduzir a morbidade associada a diversas doenças.

Conforme supracitado, o paciente após AVE pode apresentar inúmeras deficiências e aumento do risco de acidentes por quedas. De acordo com Nunes (2005), 40,0% dos pacientes após AVE ficam dependentes de terceiros para realizar suas atividades diárias, o que reforça a necessidade de uma abordagem direcionada e da importância de ações de educação do paciente e seus familiares.

A fim de compreender o conhecimento do cuidador informal sobre o cuidar do paciente com sequelas do AVE, a segunda parte do presente estudo mostrou que dos 20 cuidadores entrevistados, 85,0% eram do sexo feminino com idade média de 42,5 anos e com relação familiar predominante (65,0%), e 75,0% relataram ter conhecimento sobre o evento por meio de respostas escritas em um questionário semi-estruturado.

Diante das necessidades apresentadas pelos pacientes, 50,0% dos cuidadores relataram que terão dificuldade em lidar com o doente nas atividades diárias, 95,0% acharam muito importante que as orientações sobre os cuidados em domicílio fossem feitas pelo profissional de enfermagem, 15,0% relataram que não se sentem seguros com as orientações recebidas pelo enfermeiro no processo de alta hospitalar e 85,0% acharam muito importante que as orientações estejam de forma ilustrativa.

Os dados obtidos chamam a atenção para a necessidade da elaboração de orientações direcionadas para o cuidador informal que estará junto ao paciente em tempo integral no domicílio.

O relato dos cuidadores sobre as orientações recebidas denota ainda, nos dias atuais, falta de compromisso dos profissionais com a continuidade do cuidado. O AVE pode gerar incapacidades nos pacientes e durante o processo de internação o paciente será avaliado pelo enfermeiro, o qual fará a elaboração dos cuidados com base na avaliação por meio de instrumentos que avaliam as incapacidades e dependências presentes. Durante a internação hospitalar, o cuidador aprende a cuidar com base na observação e muitas vezes auxiliando a enfermagem nos cuidados intra-hospitalar.

Segundo Andrade et al. (2009), as dificuldades dos cuidadores pautam-se, no esforço físico, na desinformação, medo, constrangimento e vergonha em lidar com o corpo do outro. Portanto, o estudo enfoca e fundamenta a necessidade do preparo para a alta hospitalar e salienta a família como espaço concreto para o cuidado, corroborando aos nossos achados.

Andrade (2009) afirma que, cuidar de um familiar com sequelas de AVE, mobiliza muitos sentimentos antagônicos em curto espaço de tempo: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, insegurança, nervosismo e pena, pois todos estes sentimentos suscitam muitas dúvidas nos cuidados diários.

Quanto às dúvidas dos cuidadores sobre os cuidados a serem administrados no domicílio, as principais mencionadas foram: alimentação, administrar medicamentos prescritos, lidar ou prevenir as complicações clínicas, higiene corporal e oral e o medo de lidar com a morte. Essas alterações foram observadas no presente estudo.

Foi evidenciado que as mulheres, normalmente, assumem a responsabilidade de cuidar de seus dependentes. Esse fato ressalta uma característica cultural da nossa sociedade, segundo a qual, o cuidado aos doentes é tarefa da mulher, que na maioria das vezes, além das atividades domésticas e/ou profissionais, precisam administrar o tempo, prestar cuidados ao familiar dependente, aos filhos e esposos, desenvolvendo assim, dupla jornada.

O AVE é uma doença com manifestação clínica repentina que conduz a adequação dos papéis e exige dos familiares envolvidos diretamente com o doente uma mobilização mais rápida na capacidade de administrar a crise para a qual, nem sempre, eles se encontram preparados (FONSECA, 2008).

Considerando o comprometimento físico-funcional do paciente após AVE e a dificuldade do cuidador informal nos cuidados no domicílio, faz-se necessário a avaliação contínua deste indivíduo por meio de uma equipe multiprofissional e orientações ao cuidador informal sobre os cuidados domiciliares na alta hospitalar.

De acordo com Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), o profissional de enfermagem tem conhecimento técnico-científico para promover

orientações aos cuidadores e pacientes na alta hospitalar. Infelizmente, o relato dos cuidadores sobre as orientações recebidas denota a falta de compromisso dos profissionais de enfermagem com a continuidade do cuidado, isto pode ser atribuído a vários fatores como jornada dupla de trabalho, excesso de pacientes nas clínicas, escassez de mão de obra entre outros. Na cartilha 10 Passos para a Segurança do Paciente (COREN-SP), por exemplo, nos passos 8 e 9, apresentam diretrizes de orientações para prevenção do risco de quedas e úlcera por pressão que capacita o enfermeiro realizar orientações voltadas a necessidade do paciente pós AVE. Os resultados do presente estudo podem fundamentar a elaboração de uma cartilha e promover oficinas de orientação para o cuidador informal nos cuidados domiciliares do paciente com incapacidade funcional de origem cerebrovascular (ANEXO 5)

Além disso, deve ser considerada a avaliação do ambiente residencial nas orientações do cuidador, uma vez que o ambiente pode aumentar as chances de ocorrência de quedas e dificultar os cuidados no domicílio.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, verificou-se que pacientes após AVE podem apresentar as seguintes complicações: risco de desenvolver úlcera por pressão, incontinência urinária e dificuldade para alimentar-se, tomar banho e uso de *toilet*, prejuízo na mobilidade e locomoção, e risco de acidentes por quedas.

Em relação aos cuidadores, observou-se falta de informação e dificuldade para cuidar do paciente no domicílio; sendo assim, orientações direcionadas na alta hospitalar facilitariam essa prática.

As Escalas de Norton, Barthel e Rankin e uma avaliação minuciosa do paciente podem identificar alterações precoces e evitar complicações secundárias como úlcera por pressão, infecção urinária e acidentes por quedas.

Acredita-se que esse estudo possa fundamentar e reforçar a importância de ações educativas direcionadas sobre os cuidados ao paciente em regime domiciliar, para execução das tarefas com maior segurança, minimizando as sequelas secundárias e contribuindo para a recuperação físico-funcional do paciente pós AVE.

9 REFERÊNCIAS

ADDINGTON-HALL, J. et al. Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends, and officials. **Stroke**, v. 26, n. 12, p. 2242-2248, set.1995.

ANDRADE, L. M. de; COSTA, M.F.M. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, v. 43, n. 1, p. 37-43, jul.2009.

BOCCHI, S.C.M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 729-38, ago. 2005.

BRITO, E.S.; RABINOVICH, E.P. The family also becomes sick! Changes secondary to stroke occurring within families. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.783-94, out./dez. 2008.

CERQUEIRA, A. T. A. R; OLIVEIRA, N. I. L. de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia USP, São Paulo**, v. 13, n. 1, p.133-50, 2002.

CORDOVA, R. A. M; CESARINO, C. B.; TOGNOLA, W. A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. **Arquivo Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 75-9, abr/jun. 2007.

COSTA, A. G. S. et al. Identificação do Risco de Quedas em Idosos após Acidente Vascular Encefálico. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p.684-689, out/dez. 2010.

COSTA M. C. F, BEZERRA P. P.; OLIVEIRA A. P. R. Impacto da hemiparesia na simetria e na transferência de peso: repercussões no desempenho funcional. **Revista Neurociências**, v.14, n.2, p. 010-013. jun. 2006.

DA CRUZ, K, C. T.; DIOGO, M J. D. E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 666-72, fev. 2009.

DE CARVALHO, J. J. F. et al. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil - A Hospital - Based Multicenter Prospective Study. **Stroke**, v. 42, p. 3341-6, ago. 2011.

DE CASTRO, J. A. B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, p. 171-173, abr.2009.

DE SÃO, Conselho Regional de Enfermagem. Paulo (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). **10 passos para a segurança do paciente [Internet]**. São Paulo: COREN-SP; 2010 [citado 20 Mar 2011]. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/inter/coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf. [Links].

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 727-743, jan. 2008.

GIRIKO, C. H. et al. Avaliação da marcha e do risco de queda de hemiplégicos. **X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, Universidade do Vale do Paraíba, p. 627-630, 2006.

LACERDA, S. M. et al. Quality of life of elderly patients assisted by a home care program. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 329-342, Apr/June 2011.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Sci Health Sci**, v. 26, n. 1, p. 41-5, 2004.

MEIRELES, V. C. et al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa da Saúde na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e sociedade**, v.16, n.1, p.69-80, jan-abr. 2007.

MENEZES, R. L. de; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro**, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008.

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

NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M. G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **EssFisiOnline**, v. 1, n. 3, p. 3-20, jun. 2005.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. Manole, 2004.

PACHECO, S. C da S.; DOS SANTOS, B. M; PACHECO, C. R. S. Independência funcional: perfil das pessoas acometidas por Acidente Vascular Encefálico. **Arq Ciênc Saúde**. v. 20 n.1 p.17-21 jan-mar. 2013.

POLESE, J. C.; et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 3, p. 175-178, ago. 2008.

POMPEU, S. M. A. A. et al. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 614-20, mar.2011.

ROCHA, M. P. F; VIEIRA, M. A; DE SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 801, nov.2008.

SANTOS, S. R.; et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Paraíba, v. 10, n. 6, p. 757-764, nov/dez. 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais**. In: __ BRUNNER & SUDDART: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1996-2020.

TEIXEIRA-SALMELA, L. F. et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Revista brasileira de fisioterapia**, v. 9, n. 3, p. 347-53, 2005.

VIEIRA, K. F. L. et al. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012.

APÊNDICE

Questionário do cuidador

1- O que você entende por Acidente Vascular Encefálico (Derrame)?

2- Quanta dificuldade que você acha que terá ao cuidar do paciente nas atividades diárias (alimentação, banho, medicação, lazer, etc.?)

pouco muito nenhuma

3- Quanto você acha importante que o enfermeiro faça as orientações sobre os cuidados em domicílio?

pouco muito suficiente

4- Quanto você se sente seguro com as orientações que recebeu do profissional enfermeiro?

pouco muito suficiente

5- Você acha importante que as orientações feitas pelo enfermeiro estejam de forma ilustrativa?

pouco muito suficiente

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDADE
BANDEIRANTE ANHANGUERA-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PARA CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador: Bikterline Lana Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34269214.2.0000.5493

Instituição Proponente: ANHANGUERA EDUCACIONAL LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 746.520

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo transversal. A amostra do estudo será composta por 20 pacientes adultos que sofreram um acidente vascular cerebral não especificado (AVE) como hemorrágico ou isquêmico de um Hospital da Rede Privada de Saúde. Esta amostra será avaliada pela pesquisadora durante o processo de internação, com base no levantamento de suas limitações levando em conta as escalas de Norton, Rankin modificada e Barthel modificada. Será critério para a exclusão do estudo, pacientes que apresentarem AVE transitório sem limitações físico-funcionais, aqueles que não estiverem com cuidador presente no momento da alta hospitalar e aqueles cuja família terá preferência por contratar os serviços de um cuidador formal. Participará desse estudo cuidadores informais de pacientes pós AVE na alta hospitalar (N=20) do sexo feminino ou masculino. Esses responderão um breve questionário semi-estruturado contendo perguntas relacionadas à idade, sexo, profissão, grau de parentesco, o tempo que atua como cuidador, conhecimento sobre o evento, o que gostaria que lhe fosse ensinado e estratégias para lidar com as deficiências do pacientes após o AVE.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver uma cartilha de orientação domiciliar para cuidadores informais de pacientes que

Endereço: Rua Maria Cândida, 1813, 6o andar

Bairro: Vila Guilherme

CEP: 02.071-013

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2967-9015

Fax: (11)2967-9083

E-mail: comissao_cep@ig.com.br

ANEXO 2

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE NORTON					
Condição Física	Estado Mental	Atividade	Mobilidade	Incontinência	Total de Pontos
Bom 4 pontos	Alerta 4	Deambulante 4	Total 4	Não 4	
Regular 3 pontos	Apático 3	Caminha com ajuda 3	Ligeiramente 3	Ocasionalmente 3	
Ruim 2 pontos	Confuso 2	Limitado a cadeira 2	Muito Limitada 2	Usualmente/Urina 2	
Muito Ruim 1 ponto	Estupor 1	Acamado 1	Imóvel 1	Dupla 1	

Fonte: www.feridologo.com.br/teseupescalas.htm

ANEXO 3

ESCALA DE RANKIN modificada		
SCORE	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
0	ASSINTOMÁTICO.	REGRESSÃO DOS SINTOMAS.
1	SINTOMAS DE INCAPACIDADE.	CAPAZ DE REALIZAR SUAS TAREFAS E ATIVIDADES HABITUAIS PREVIAS.
2	INCAPACIDADE LEVE.	INCAPAZ DE REALIZAR TODAS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS PREVIAS, MAS CAPAZ DE REALIZAR SUAS NECESSIDADES PESSOAIS SEM AJUDA
3	INCAPACIDADE MODERADA.	REQUER ALGUMA AJUDA PARA AS SUAS ATIVIDADES, MAS É CAPAZ DE ANDAR SEM A AJUDA DE OUTRA PESSOA.
4	INCAPACIDADE MODERADA A GRAVE.	INCAPACIDADE DE ANDAR SEM AJUDA. INCAPACIDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES SEM AJUDA.
5	INCAPACIDADE GRAVE.	LIMITADO À CAMA, INCONTINÊNCIA. REQUER CUIDADOS DE ENFERMEIRO E ATENÇÃO CONSTANTE
6	ÓBITO.	

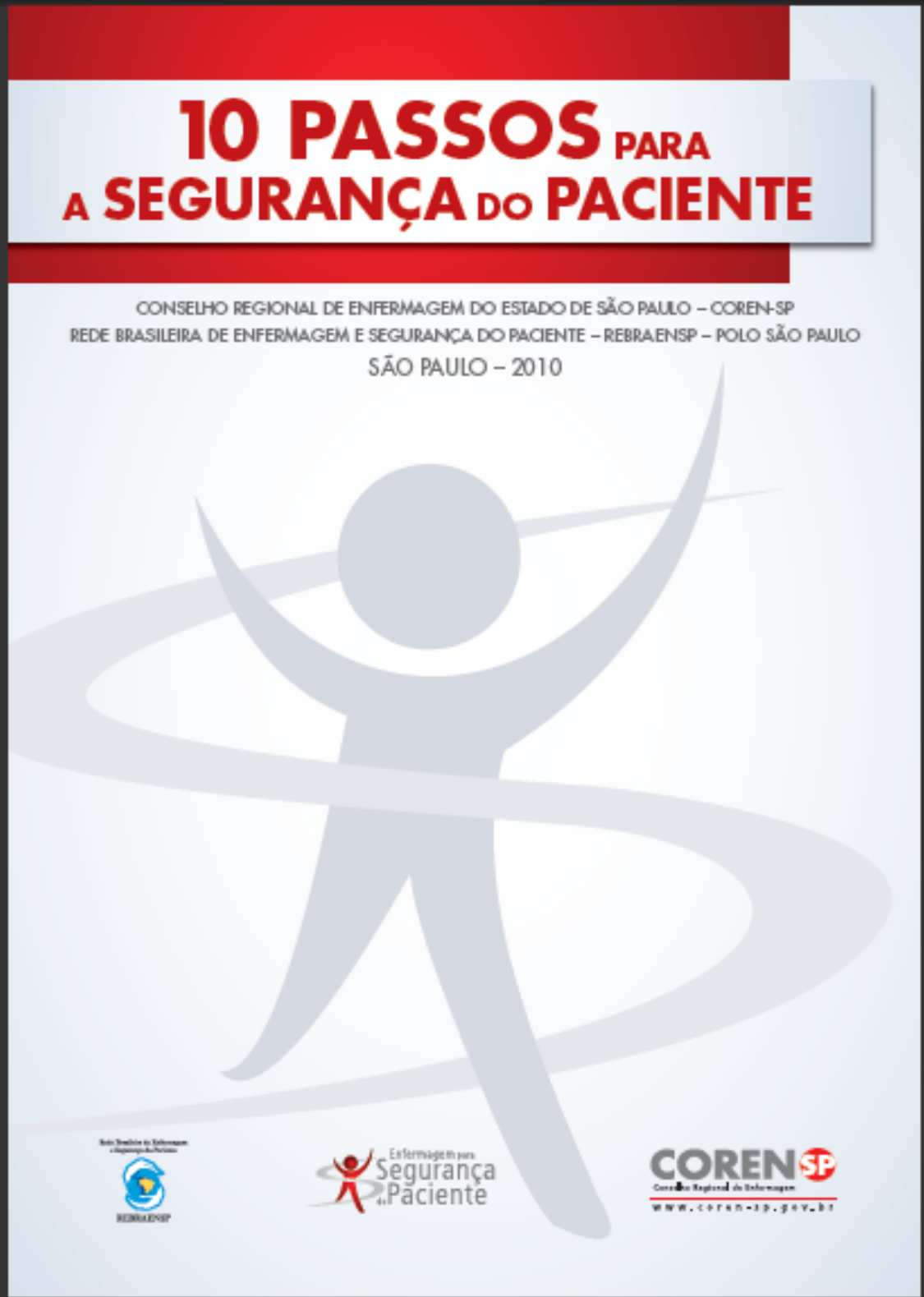
Fonte: www.feridologo.com.br/teseupescalas.htm

ANEXO 4

ESCALA DE BARTHEL	
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0= INCAPACIDADE 5= PRECISA DE AJUDA PARA CORTAR, PASSAR MANTEIGA, ETC, OU DIETA MODIFICADA 10= INDEPENDENTE	
BANHO 0= DEPENDENTE 5= INDEPENDENTE(OU NO CHUVEIRO)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0= PRECISA DE AJUDA COM A HIGIENE PESSOAL 5= INDEPENDENTE ROSTO/CABELO/BARBEAR/DENTES	
VESTIR-SE 0= DEPENDENTE 5= PRECISA DE AJUDA MAS CONSEGUE FAZER UMA PARTE SOZINHO. 10= INDEPENDENTE (INCLUINDO BOTÓES, ZIPERS, LAÇOS, ETC).	
INTESTINO 0= INCONTINENTE (NECESSITA DE ENEMAS) 5= ACIDENTEOCASIONAL 10= CONTINENTE	
SISTEMA URINÁRIO 0= INCONTINENTE, CARACTERIZADO E INCAPAZ DE MANEJO 5= ACIDENTE OCASIONAL 10= CONTINENTE	
USO DO TOILET 0= DEPENDENTE 5= PRECISA DE ALGUMA AJUDA PARCIAL 10= INDEPENDENTE (PENTEAR-SE, LIMPAR-SE)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA/CADEIRA E VICE-VERSA) 0= INCAPACITADO, SEM EQUILIBRIO PARA FICAR SENTADO 5= MUITA AJUDA (UMA OU DUAS PESSOAS, FISICA), PODE SENTAR 10= POUCA AJUDA (VERBAL OU FISICA) 15= INDEPENDENTE	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0= IMÓVEL OU < 50 METROS 5= CADEIRA DE RODAS INDEPENDENTE, INCLUINDO ESQUINAS, > 50 METROS 10= CAMINHA COM A AJUDA DE UMA PESSOA (VERBAL OU FISICA) > 50 METROS 15= INDEPENDENTE (MAS PODE PRECISAR DE ALGUMA AJUDA; COMO EXEMPLO BENGALA) > 50 METROS.	
ESCADAS 0= INCAPACITADO 5= PRECISA DE AJUDA (VERBAL, FISICA OU SER CARREGADO) 10= INDEPENDENTE	


Fonte: www.feridologo.com.br/teseupescalas.htm


ANEXO 5



10 PASSOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO – COREN-SP
REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP – POLO SÃO PAULO
SÃO PAULO – 2010

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

REBRAENSP

 Enfermagem em
Segurança
do Paciente

COREN SP
Conselho Regional de Enfermagem
www.coren-sp.gov.br

ANEXO 6**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: “ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR.”

Nome do (a) Pesquisador (a): Bikterline Lana Freitas

Nome do (a) Orientador (a): Flávia Doná

O Sra. (o) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade “desenvolver orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar de pacientes após AVE”.

Ao participar deste estudo a Sra. (o) permitirá que o (a) pesquisador (a) Bikterline Lana Freitas realize avaliações quanto as suas condições clínicas e os comprometimentos pós Acidente Vascular Encefálico. A Sra. (o) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra. (o). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Este é um estudo descritivo transversal no qual se busca identificar os problemas eminentes na vida do paciente adulto do sexo feminino ou masculino que sofreu acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (N=20) de um Hospital da Rede Privada de Saúde, através das escalas de Norton, Rankin Modificada e Barthel, onde serão avaliados os déficits apresentados após o AVE, como dificuldade em desenvolver suas atividades diárias, risco para queda, estresse, entre outros.

Riscos e Desconforto: Esse é um estudo exploratório sobre as deficiências físico-funcionais no paciente com sequelas de AVE nos cuidados no domicílio após

alta hospitalar. Não haverá procedimento invasivo, os riscos são mínimos, sendo que poderá haver constrangimento do paciente frente as suas deficiências motoras, úlcera de pressão e incontinência urinária, esses constrangimentos serão minimizados pelo pesquisador principal por meio da assistência de enfermagem ao paciente, e após coleta de dados, o paciente e o cuidador serão orientados de como enfrentar suas deficiências no domicílio e evitar sequelas secundárias. Os procedimentos metodológicos empregados no presente estudo seguem as normativas da Res. 466/12.

Benefícios: O conhecimento das deficiências físico-funcionais do paciente com sequelas de AVE no domicílio após alta hospitalar dará subsídios para a equipe de enfermagem na elaboração de um plano de cuidado no domicílio e para a elaboração de orientações para cuidadores informais de pacientes após AVE que poderão ser aplicadas futuramente na assistência ao paciente com sequelas de AVE no domicílio.

Deixamos aqui a nossa responsabilidade por qualquer dano psicológico disponibilizando atendimento por parte de profissionais capacitados buscados junto a órgão gratuitos e qualquer tipo de esclarecimento antes e durante a pesquisa sobre a metodologia nos meio dos contatos citados abaixo.

Se você aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para essa ciência ainda em desenvolvimento de **“ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR”** com o aprimoramento do caráter educativo, auxiliar o desenvolvimento da disciplina Saúde do Adulto e beneficiar clientes, famílias que estejam passando por esta face na vida que requer muita atenção.

Se depois de consentir sua participação a Sra (o) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra (o) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo, e privacidade. Para qualquer outra informação, a Sra (o) poderá entrar em contato com as pesquisadoras nos E-mail: flavia.dona@gmail.com; lane.nurse@yahoo.com.br; comissao.cep@ig.com.br; ou por meio dos telefones (11)

29679015; (011) 96135 6870 (OI) ou 99733-6626 (TIM)), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Universidade Anhanguera – SP - Campus Maria Cândida.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

ANEXO 6



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR".

Nome do (a) Pesquisador (a): Bikterline Lana Freitas

Nome do (a) Orientador (a): Flávia Doná

O Sra. (o) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade "desenvolver orientação domiciliar para cuidadores informais de pacientes que sofreram AVE".

Ao participar deste estudo a Sra. (o) permitirá que o (a) pesquisador (a) Bikterline Lana Freitas avalie seu conhecimento sobre a doença e suas limitações em lidar com as dificuldades físico-funcionais do paciente no domicílio. A Sra. (o) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra. (o). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Este é um estudo descritivo transversal no qual se busca identificar os problemas eminentes na vida do paciente adulto do sexo feminino ou masculino que sofreu acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (N=20) de um Hospital da Rede Privada de Saúde, através das escalas de Norton, Rankin Modificada e Barthel, onde serão avaliadas as dificuldades físico-funcionais apresentadas após o AVE, como dificuldade em desenvolver suas atividades diárias, risco para queda, estresse, mobilidades, alimentação entre outros, e cuidadores informais (N=20) que responderão um questionário semi-estruturado com perguntas relacionadas à idade,

sexo, profissão, grau de parentesco, o tempo que atua como cuidador, conhecimento sobre o evento, o que gostaria que lhe fosse ensinado e estratégias para lidar com as deficiências do pacientes após o AVE.

Riscos e Desconforto: Esse é um estudo exploratório sobre as deficiências físico-funcionais no paciente com sequelas de AVE e o conhecimento do cuidador informal nos cuidados do paciente no domicílio após alta hospitalar. Os riscos são mínimos, sendo que poderá haver desconforto do cuidador ao perceber que não tem conhecimento sobre as sequelas do AVE e como auxiliar o paciente na realização das atividades de vida diária no domicílio. Esses constrangimentos serão minimizados pelo pesquisador principal por meio da assistência de enfermagem ao paciente, e após coleta de dados, o paciente e o cuidador serão orientados de como enfrentar suas deficiências no domicílio e evitar sequelas secundárias. Os procedimentos metodológicos empregados no presente estudo seguem as normativas da Res. 466/12.

Benefícios: O conhecimento das deficiências físico-funcionais do paciente com sequelas de AVE e das dificuldades do cuidador informal para auxiliar o paciente no domicílio, após alta hospitalar, dará subsídios para a equipe de enfermagem na elaboração de um plano de cuidado no domicílio e para a elaboração de orientações para cuidadores informais de pacientes após AVE que poderão ser aplicadas na assistência ao paciente com sequelas de AVE em domicílio.

Deixamos aqui a nossa responsabilidade por qualquer dano psicológico disponibilizando atendimento por parte de profissionais capacitados buscados junto a órgão gratuitos e qualquer tipo de esclarecimento antes e durante a pesquisa sobre a metodologia nos meio dos contatos citados abaixo.

Se você aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para essa ciência ainda em desenvolvimento de **“ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR”** com o aprimoramento do caráter educativo, auxiliar o desenvolvimento da disciplina Saúde do Adulto e beneficiar clientes, famílias que estejam passando por esta fase na vida que requer muita atenção.

Se depois de consentir sua participação a Sra (o) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra (o) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo, e privacidade. Para qualquer outra informação, a Sra (o) poderá entrar em contato com as pesquisadoras nos E-mail: flavia.dona@gmail.com; lane.nurse@yahoo.com.br; comissao.cep@ig.com.br; ou por meio dos telefones (11) 29679015; (011) 96135 6870 (OI) ou 99733-6626 (TIM)), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Universidade Anhanguera – SP - Campus Maria Cândida.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

ANEXO 7**CARTA DE ACEITE**

Declaro para os devidos fins que concordo em disponibilizar o setor de Clínica Médica desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado “**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR**” sob a linha de pesquisa Avaliação de Equilíbrio Corporal e da Audição no curso de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Anhanguera de São Paulo - campus MC, situado à Rua: Maria Cândida, 1813 Vila Guilherme SP Capital sob a responsabilidade das pesquisadoras: Bikterline Lana Freitas, Enfermeira sob registro Coren 185860, coordenadora do Hospital Personal, sob a orientação da Prof^a Dr^a Ft^a Flávia Doná pelo período de 01/07/2014 a 01/09/2014.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Flávia Calixto Xavier

Gerente Administrativa

Hospital Personal

Endereço: Rua Camé, 1016. Mooca. São Paulo-SP

CEP 03121-020, TEL: (11) 2028-4154; 2028-4171

ANEXO 8**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E TERMO DE COMPROMISSO**

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo de pesquisa intitulado **“ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: INCAPACIDADE FUNCIONAL E PERCEPÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR.”**

Declaro, ainda, estar ciente da realização da pesquisa acima intitulada nas dependências do setor de Clínica Médica do Hospital Personal e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

São Paulo, 26 de Maio de 2014.

Flavia Calixto Xavier

Gerente Administrativa