

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

CAMILA KINGESKI MORO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC)

Porto Alegre
2019

CAMILA KINGESKI MORO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC)

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Mortari Ciconet

Porto Alegre

2019

M867p Moro, Camila Kingeski

Plano de alta hospitalar para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC) / por Camila Kingeski Moro. – 2019. 66 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Rosane Mortari Ciconet.

1. Orientações de cuidados. 2. Plano de alta hospitalar. 3. Transferência do cuidado. 4. Rede de atenção à saúde.
I. Título.

CDU 616.831-005.1

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

CAMILA KINGESKI MORO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC)

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Mortari Ciconet

Aprovado em: 26/03/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Rosane Mortari Ciconet (Orientadora)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Cezar Leal
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Prof^a Dr^a Aline Marques Acosta
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Porto Alegre

2019

RESUMO

O objetivo deste estudo foi construir um plano de alta hospitalar para pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC). A alta hospitalar é entendida como a transferência do cuidado do paciente entre os pontos de atenção da rede de saúde. O planejamento da alta é decisivo para prevenir reinternações, garantir a continuidade do cuidado e, assim, melhorar a qualidade de vida de pacientes após um AVC. Preparar o paciente para a alta hospitalar representa um grande desafio para as equipes de saúde, sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis pelo planejamento de cuidados. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a partir do acesso on-line a três bases de dados: LILACS, Public MEDLINE (via PUBMED e BIREME) e BDENF, nos meses de junho e julho de 2018. Utilizou-se os descritores: Acidente Vascular Cerebral, Cuidados de enfermagem, alta hospitalar, cuidado transicional, nos idiomas português e inglês. Foram encontrados 65 artigos e selecionados 15, nos quais quatro categorias foram identificadas: Orientações de cuidados; Envolvimento do familiar no planejamento de cuidados; Comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde; e Responsabilidade do enfermeiro nas orientações e planejamento do cuidado. Os autores apontam estratégias no planejamento da alta, que incluem orientações conforme a necessidade individual de cada paciente, desenvolvimento de instrumentos de registro da história clínica do paciente e organização do acompanhamento domiciliar com a rede de saúde. O produto gerado nesse estudo consiste em um plano de alta hospitalar para o paciente vítima de AVC. A criação deste plano possibilita ao enfermeiro facilitar o processo de educação ao paciente e ao familiar, fornecendo informações sobre os cuidados para o seguimento da atenção às vítimas de AVC.

Palavras-chave: Orientações de cuidados. Plano de alta hospitalar. Transferência do cuidado. Rede de atenção à Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was constructing a hospital discharge plan model for patients with stroke. Hospital discharge is understood as the transferring of patient's care among the points of attention of the health network. Discharge planning is decisive in preventing readmissions, ensuring continuity of care and thus improving the quality of patients' life after a stroke. To prepare the patient to the Hospital discharge represents a great challenge for the health team and the nurses are one of the main responsible for care planning. From the integrative review of the literature on three online databases: LILACS, Public MEDLINE (PUBMED and BIREME) and BDENF, in the months of June and July of 2018 with the descriptors: Stroke, Nursing care, hospital discharge and transitional care, in Portuguese and English emerged sixty-five articles. Fifteen of them was selected in which four categories were identify: Health-care guidelines; Involvement of family members in care planning; Communication among the Health care Network; and Nurse's responsibility in the guidelines and care planning. The authors indicate strategies for discharge planning which include guidelines according to the individual needs of patient, development of instruments to record the patient's medical history, and organization of home-based follow-up with the health network. The generated product in this study consists in a hospital discharge plan for the patient suffering from stroke. The creation of this plan allows the nurse to facilitate the process of education of the patient and your family, providing information about the care for the follow-up of care for stroke victims.

Key-words: Health-care guidelines. Hospital discharge plan. Care transferring.
Health-care Network

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AIT | Acidente Isquêmico Transitório |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| PNHOSP | Política Nacional de Atenção Hospitalar |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 1.1 OBJETIVOS..... | 11 |
| 1.1.1 OBJETIVO GERAL..... | 11 |
| 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 11 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 12 |
| 2.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)..... | 12 |
| 2.2 A ALTA HOSPITALAR E A TRANSIÇÃO DO CUIDADO..... | 13 |
| 2.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ALTA HOSPITALAR..... | 17 |
| 3 MÉTODO..... | 20 |
| 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 20 |
| 3.1.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA..... | 20 |
| 3.1.2 AMOSTRAGEM | 21 |
| 3.1.3 EXTRAÇÃO DE DADOS DE ESTUDOS PRIMÁRIOS..... | 21 |
| 3.1.4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS..... | 23 |
| 3.1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 23 |
| 3.1.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA..... | 23 |
| 4 ASPECTOS ÉTICOS..... | 24 |
| 5 RESULTADOS..... | 25 |
| 6 DISCUSSÃO..... | 34 |
| 6.1 ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS..... | 34 |
| 6.2 ENVOLVIMENTO DO FAMILIAR NO PLANEJAMENTO DE CUIDADOS... | 39 |
| 6.3 COMUNICAÇÃO ENTRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE..... | 40 |
| 6.4 RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES E PLANEJAMENTO DO CUIDADO..... | 43 |
| 7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS APÓS AVC..... | 46 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 48 |
| REFERÊNCIAS..... | 50 |
| APÊNDICE – PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL..... | 58 |

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a World Stroke Organization¹ (Organização Mundial de Acidente Vascular Cerebral - AVC), uma em cada seis pessoas no mundo terá um AVC ao longo da vida. O AVC continua sendo uma das principais causas de mortes nos Estados Unidos da América (EUA) e, no Brasil, representa a primeira causa de morte ou incapacidade. Um estudo nacional prospectivo indicou a incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2013a).

A organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como um desenvolvimento rápido de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, de origem vascular, que apresenta sintomas de duração igual ou maior que 24 horas, provocando alterações de sensório, cognitivo ou motor, de acordo com a área afetada. (BRASIL, 2013a).

No Brasil, com base no Sistema de Informações Hospitalares do DATASUS, foram registrados, no ano de 2010, cerca de 116.166 internações por AVC, sendo que, em 2017, esse número aumentou para 152.221 internações. A taxa de mortalidade apresentou um declínio, passando de 17,13% em 2010 para 15,39% em 2017. No último ano foram registrados custos de R\$178.199.576,86 referentes a serviços hospitalares para essa patologia. (BRASIL, 2018)

A alteração do perfil epidemiológico, o crescimento da população idosa, a globalização, as mudanças sociais e econômicas entre outros fatores impactaram no modo de vida das pessoas, principalmente em relação a alguns hábitos, como alimentação, trabalho e outros. Como consequência a essas mudanças ocorre o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais o AVC assume destaque, em razão de ser a principal causa de incapacidade. (DUARTE; BARRETO, 2012).

Conforme projeção realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2024, o índice de envelhecimento no Brasil será de 56,22%, ao passo que, em 2010, esse índice era de 26,54% e, em 2017, estava em 38,08%. Esses dados demonstram o aumento da população idosa brasileira. (IBGE,

¹Organização estabelecida em 2006 que é líder mundial na luta contra o AVC. Informação disponível em: < <https://www.world-stroke.org/about-wso>>. Acesso em 18 de fev. 2019.

2018). Considerando que a maior incidência do AVC aparece em indivíduos com mais de 60 anos de idade, será necessário adotar novas políticas públicas de saúde para adequação das demandas. (MENDES, 2012).

Grande parte dos pacientes acometidos por AVC, após a alta hospitalar, permanecem necessitando de cuidados especializados, visto que podem se tornar dependentes para exercer atividades habituais, como deambular, tomar banho e comer. (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012). Esses pacientes podem voltar ao domicílio com sequelas emocionais e físicas que afetam a independência e a autonomia, além de implicações sociais e econômicas. (PEREIRA et al., 2013).

Alta hospitalar é a transferência do cuidado do paciente, do hospital para outros contextos de saúde. (BRASIL, 2013b). Em virtude da necessidade de diminuir o tempo de internação, devido aos custos associados, a alta hospitalar precoce tem sido adotada como estratégia. Em vista disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância do planejamento de alta hospitalar ao paciente como diretriz básica para transferência adequada de cuidados. (BRASIL, 2013a). Para que haja continuidade do cuidado iniciado em âmbito hospitalar, são necessárias orientações conforme as necessidades individuais. (MORAIS, 2012).

Após a alta hospitalar, os pacientes e cuidadores encontram várias dificuldades para lidar com situações que surgem no domicílio. Quando se cogita a probabilidade de alta, percebem-se sentimentos distintos, como felicidade e medo referente à necessidade de que um familiar se torne um cuidador. A família precisa ser orientada para lidar com conflitos e enfrentar impasses com as limitações que surgem. (PAIVA; VALADARES, 2013).

Os pacientes sobreviventes de AVC, após a alta hospitalar, necessitam de assistência e supervisão da enfermagem para que consigam reorganizar seu estilo de vida e aprendam a lidar com as sequelas desencadeadas pela patologia, que podem ser físicas, emocionais, sociais e econômicas, afetando sua autonomia. (PEREIRA et al., 2013). Somado a isso, vem a preocupação de que, durante o período de hospitalização, todo o cuidado é realizado pela equipe de enfermagem, mas no retorno ao domicílio, essa responsabilidade passa a ser da família, muitas vezes sem o apoio dos serviços de saúde. (RODRIGUES et al., 2013).

O Ministério da Saúde, implantou em 2011 o Programa Melhor em Casa, que propicia a transição de cuidado do contexto hospitalar para o domicílio e prevê o estabelecimento de fluxos assistenciais, mecanismos de regulação e protocolos de atenção (BRASIL, 2013a). A transição do cuidado é a transferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde, possibilitando garantia e atenção adequada e a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. (BOWMAN; FLOOD, 2015).

O enfrentamento positivo por parte do paciente e do familiar em relação às dificuldades encontradas está diretamente relacionado com as orientações sobre a patologia e suas complicações, sendo que orientações efetivas auxiliam nesse enfrentamento e promovem alívio da ansiedade. (GARANHANI et al., 2010). As informações passadas ao paciente e principalmente à família são aspectos importantes no processo de reabilitação. (SILVA, et al. 2015).

A partir desse contexto, entende-se a importância de estudos sobre o processo de alta hospitalar para pacientes vítimas de AVC, tendo como produto final do estudo, a elaboração de um plano de cuidados para a saída do paciente do hospital. Considerando os dados de alta incidência das internações por AVC, as sequelas incapacitantes e as dúvidas acerca do acompanhamento domiciliar, este trabalho foi desenvolvido visando contribuir com o preparo dos pacientes e dos cuidadores para seguimento de terapêutica segura no domicílio, a fim de melhorar a reabilitação do paciente e evitar complicações secundárias e possíveis reinternações. Para elaborar esse produto, elaborou-se as seguintes questões de pesquisa: Quais são as ações de enfermagem indicadas no planejamento de alta para pacientes hospitalizados após AVC, seus familiares e/ou cuidadores? Como o planejamento de alta para pacientes pós AVC pode contribuir para a transição do cuidado?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Construir um modelo de plano de alta hospitalar para pacientes hospitalizados após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar na literatura, as ações de enfermagem indicadas no planejamento de alta para pacientes hospitalizados após AVC.

- Elaborar um modelo de plano de alta baseado em evidências para pacientes hospitalizados após AVC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, serão apresentados alguns conceitos necessários para o embasamento teórico deste estudo, tais como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), alta hospitalar e transição do cuidado e o papel do enfermeiro na alta hospitalar.

2.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O Acidente Vascular Cerebral, doravante AVC, é um prejuízo neurológico agudo que ocorre quando existe uma interrupção do fornecimento de sangue a uma área específica do tecido cerebral. O AVC é uma das maiores causas de incapacidade adquirida em todo o mundo. A cada ano, cerca de 795.000 pessoas sofrem um novo AVC ou recorrência. Os principais tipos de AVC são: os isquêmicos, responsáveis por 87% dos casos, causado pela oclusão de uma artéria cerebral, e os hemorrágicos, resultantes do rompimento de um vaso sanguíneo cerebral, o que acontece em 13% dos casos. (AHA, 2014).

Estima-se que a taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de AVC no transcurso do primeiro ano do agravo é de 40%. Na fase aguda esse valor cai para 10 a 15% dos casos, sendo que somente 20% desses sobreviventes se recuperam totalmente e não apresentam nenhum tipo de sequela. (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014)..Muitas vezes os pacientes vítimas de AVC negligenciam seus sintomas e apenas a metade deles utiliza o serviço de emergência pré-hospitalar, retardando a busca por atendimento. É importante o reconhecimento precoce do AVC isquêmico agudo, pois o tratamento fibrinolítico deve ser realizado entre 3 e 4,5 horas do início dos sintomas. (AHA, 2014).

Os principais fatores de risco associados ao AVC, podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis são: hipertensão arterial, hiperlipidemia (ocasiona a formação de placas nas paredes das artérias, diminuindo fluxo sanguíneo), fibrilação atrial (pela formação de coágulos), obesidade principalmente por sua associação com diabetes, sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemia, além do tabagismo e do consumo excessivo de álcool. Já os fatores de risco não modificáveis compreendem idade, sexo e raça. Pessoas com mais de

55 anos de idade, homens e a raça negra tem maior tendência ao desenvolvimento do AVC. Ainda, história familiar de doença vascular prévia, AVC prévio e acidente isquêmico transitório (AIT) são condições que corroboram os fatores de risco. (SBDCV, 2018).

Os déficits neurológicos resultantes do AVC relacionam-se com o local acometido, podendo existir: alteração visual monocular, déficit motor, déficit sensitivo, afasia, tonturas, náuseas, vômitos, rebaixamento no nível de consciência, alterações cerebelares, acometimentos dos nervos cranianos baixos e alteração de funções nervosas superiores. (VELASCO, 2013). O prognóstico do paciente com AVC isquêmico tende a ser ruim e os índices de mortalidade são elevados, enquanto no AVC hemorrágico o prognóstico inicial é grave, porém à medida em que ocorre recuperação do paciente, pode haver uma boa evolução. (SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2014).

A reabilitação começa no primeiro dia em que o paciente consegue sair do leito e envolve adaptação profissional, familiar e social. Em casos mais graves a tentativa é manter o foco em resgatar a autonomia do paciente, envolvendo-o no seu próprio cuidado em atividades básicas diárias como mobilidade, alimentação, banho, vestir-se. Nos pacientes que permanecem completamente acamados, o tempo de hospitalização pode se estender, principalmente se não houver apoio familiar, exigindo que seja traçado um plano de alta multiprofissional, em que a preocupação é a qualidade de vida e bem estar do paciente. (PEDROSO; OLIVEIRA, 2014).

2.2. A ALTA HOSPITALAR E A TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A alta hospitalar precoce tem como objetivo favorecer o paciente e exige que as orientações a ele e/ou seus cuidadores sejam baseadas na avaliação das suas necessidades, levando em consideração o contexto socioeconômico, as limitações físicas e psíquicas e o ambiente em que vive. (PEREIRA; NETO, 2015).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), definida pela Portaria 3390/2013, descreve que a alta hospitalar responsável é entendida como a transferência do cuidado e deve ser realizada de maneira a implantar mecanismos de desospitalização, orientar os pacientes quanto à continuidade do tratamento e

incentivar o autocuidado, além de articular o processo de continuidade do cuidado com os pontos de atenção da Rede de Saúde, em especial com a atenção básica. (BRASIL, 2013b).

O planejamento da alta hospitalar é um grande desafio para as equipes de saúde, pois a continuidade do cuidado e o tratamento no domicílio precisam ser organizados para prevenir reinternações. Aproximadamente trinta dias após a alta hospitalar, em média 25% dos pacientes apresentam algum tipo de complicação, sendo que quase a metade dessas complicações são consideradas evitáveis. (COLI; ZANI, 2016). Estudos apontam que essas reinternações ocorrem em função do despreparo do cuidador na execução das atividades de assistência ao cuidado. (PEREIRA; NETO, 2015).

Portanto, quanto mais precoce for o início das orientações e o planejamento da alta, menor será a incidência de reinternações hospitalares, assim como o tempo de permanência dessas readmissões. A alta planejada, além de melhorar consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes, resulta em sucesso na transição do cuidado. (FOX et al., 2013). O processo da alta hospitalar ocorre durante o período de internação, de forma a compartilhar a decisão com os profissionais envolvidos no processo de cuidar. É direito do paciente receber informações sobre seu quadro de saúde. Essa medida favorece o autocuidado e facilita o gerenciamento de sua doença crônica. (MELLO, 2013).

A preparação da alta e a transição do cuidado hospitalar para o domicílio vêm ganhando destaque quando o assunto é qualidade no atendimento. A falta da referência para acompanhamento na atenção primária, o não envolvimento do paciente na elaboração do plano de cuidado e a falta de orientações na alta hospitalar estão diretamente associados ao fracasso no processo de transferência do cuidado. (WEBER et al., 2017).

Durante o processo desse planejamento, é essencial envolver o paciente e/ou cuidador, possibilitando que ele dê opiniões que serão consideradas nesse processo. Quando existe a participação dos indivíduos, é possível melhorar o gerenciamento do cuidado no domicílio, prevenindo os eventos adversos. (FOSS; ASKAUTRUD, 2010; LONGTIN et al. 2010).

Os cuidadores são peças-chave para atuar em ações no cuidado ao paciente. Após a alta hospitalar, podem surgir complicações e dúvidas sobre o tratamento e muitas vezes os cuidadores têm dificuldade em contatar os profissionais de saúde sobre o plano de cuidados. As orientações realizadas pelos profissionais da saúde, sejam médicos ou enfermeiros, no momento da alta hospitalar, costumam ser insuficientes e precárias. (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011). No decorrer da internação, o cuidador, juntamente com o paciente, deve ser envolvido no processo de alta, para que as orientações não sejam disponibilizadas de uma única vez, o que dificulta o entendimento. Se as orientações forem realizadas somente no momento da alta, elas deverão ser escritas, para evitar esquecimento ou erros no cuidado. (PETRONILHO, 2016).

A transferência do cuidado entre os profissionais de saúde pode ser comprometida por falhas na comunicação. Novas tecnologias e técnicas vêm sendo elaboradas nos sistemas de saúde intencionando a prestação de assistência aos pacientes com qualidade, pois os serviços estão cada vez mais complexos. Medidas simples e efetivas, como a aplicação dos protocolos de segurança do paciente, podem ser efetivas e prevenir danos. (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

A implementação de medidas simples, como melhora na comunicação, seja por telefone ou por uso de instrumento técnico para transferir informações do paciente, se mostram efetivas no que se diz respeito à diminuição de taxa de reinternação. (WACHTER, 2013). A transição do cuidado exige uma estratégia efetiva de comunicação entre as diferentes pessoas envolvidas no processo de cuidar, sendo essas de diferentes formações e habilidades. (TREGUNNO, 2013).

Com objetivo de reduzir os eventos adversos e qualificar a assistência à saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem a comunicação entre os profissionais de saúde como um dos protocolos, entre os demais: higienização das mãos; prevenção de quedas e de úlcera por pressão; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação correta do paciente; melhor comunicação entre profissionais de Saúde. (BRASIL, 2013c).

A comunicação continua sendo um desafio para a busca da melhor qualidade do atendimento ao paciente. Apesar dos avanços das tecnologias, ainda são frequentes os problemas que envolvem erros de comunicação, como a falta de uso de protocolos adequados, dificuldades de entendimento pelo receptor da mensagem e inconformidades que levam a situações graves. (SPOKE, 2017).

A comunicação se constitui uma estratégia importante para a segurança do paciente e, para ser efetiva, deve ser implementada entre os serviços. Em geral, nos hospitais há um grande fluxo de informações nas diferentes áreas assistenciais, necessitando que as informações clínicas sejam transmitidas adequadamente, o que exige habilidades, atitudes e interação entre as partes. (REBRAENSP, 2013). São de extrema importância para a continuidade do cuidado os dados anexados no sumário de alta, conforme achados na internação dos pacientes. Portanto, quanto mais organizadas e claras estiverem as informações, maior será a facilidade de entendimento por parte de quem irá realizar a continuidade do tratamento ou acompanhamento. (BURKE et al., 2013).

O sumário de alta precisa ser impresso em três unidades, sendo uma entregue ao paciente ou familiares, outra deve ser anexada ao prontuário e a terceira será encaminhada ao local de saúde que manterá o acompanhamento ambulatorial. Mesmo existindo esse processo de entrega do sumário de alta, esse documento não é padronizado, permitindo, assim, que cada instituição agregue as informações que entende como essenciais. (THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

Souza (2012) averiguou que os itens indispensáveis para o sumário de alta hospitalar são: identificação do paciente, motivo da internação, diagnósticos, doenças prévias, medicações utilizadas durante a internação e as indicadas para uso domiciliar, principais achados clínicos, procedimentos e exames realizados, exames pendentes, evolução das condições do paciente e orientações educativas e de retorno, além do destino da alta.

Para Malta e Merhy (2010, p. 597),

Cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma 'estação' no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita e, além de acesso e resolutividade, é necessário conectar esses serviços. Para evitar a

descontinuidade do atendimento e garantir a efetividade e segurança do tratamento, é essencial que o desenvolvimento das estratégias ocorra de forma articulada entre a equipe hospitalar e a equipe da atenção básica.

A conexão entre os serviços apontada por Malta e Merhy (2010) tem desafios a serem transpostos. Pode-se dizer que uma das estratégias nessa conexão proposta pelos autores consiste na construção das linhas de cuidados.

A Linha de cuidados do AVC, implantada pelo MS na Rede de Atenção às Urgências, tem como objetivo prestar o cuidado integral e continuado, promovendo a transferência do cuidado para todos os níveis de atenção à saúde. Seus constituintes são: Unidade de Atenção Básica à Saúde, Componente Móvel de Urgência (SAMU – Pré-hospitalar), Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Socorro de hospitais gerais, Sala de Estabilização, Hospitais com habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, Tipo II e Tipo III aos pacientes com AVC, Unidades de Atenção Especializada, Enfermaria de longa permanência, Atenção Domiciliar, Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar, Serviço de Reintegração Social, Centrais de Regulação e Ambulatório de Anticoagulação. De forma a integralizar o cuidado, é essencial que os protocolos sejam definidos e que permitam o acesso de todos os pacientes à terapia adequada. (BRASIL, 2012). A linha de cuidados em AVC permite organizar o cuidado e o acesso a todas as terapias estabelecidas, pois conforme a gravidade do caso, o paciente pode necessitar de atendimento especializado. A linha de cuidados preconiza que, após a alta hospitalar, a equipe da UBS deve ser notificada, para que realize o acompanhamento desse paciente. A atenção domiciliar em ação conjunta com Atenção Básica, devem realizar suporte clínico e monitoramento domiciliar dos pacientes com maior dependência, além de desenvolver ações de promoção de hábitos saudáveis e prevenção de doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2012).

2.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ALTA HOSPITALAR

O planejamento da alta habitualmente é coordenado pelo enfermeiro, porém, o profissional enfrenta problemas, uma vez que as orientações realizadas e documentadas, na prática, são feitas pelo profissional médico. Informações quanto à

efetividade, à metodologia, elaboração e a forma de realização do planejamento são assuntos a debater. (PEREIRA et al., 2013).

O enfermeiro é um dos profissionais mais habilitados para realizar educação em saúde, e deve usar suas habilidades como educador para realização de orientações para o cuidado no domicílio. Essas orientações devem ser usadas como estratégia para minimizar as dúvidas e dificuldades encontradas na nova realidade, visando ao cuidado permanente do paciente e o suporte ao seu cuidador após a alta hospitalar. (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

Um dos aspectos importantes nas intervenções de enfermagem, durante o planejamento do cuidado, é reconhecer e valorizar a responsabilidade do paciente pelo seu próprio cuidado, garantindo que a prevenção e a educação para a saúde sejam realizadas durante a internação e no processo de alta hospitalar. (TESTON et al., 2016). A elaboração do plano de cuidados conta com a investigação realizada na coleta de dados e deve incluir as limitações existentes, tanto do paciente, quanto do familiar e até mesmo do ambiente. Com isso, na alta hospitalar o paciente e/ou seu acompanhante podem levar consigo as orientações do cuidado a ser realizado e dar seguimento ao tratamento junto à atenção básica de saúde. (DELATORRE et al., 2013).

O profissional enfermeiro se depara com inúmeras dificuldades quando se trata de alta hospitalar. Muitas vezes não fica sabendo sobre a alta ou só toma conhecimento no momento da saída do paciente, sendo uma dificuldade quando ocorre dessa forma, pois precisa orientar quanto aos cuidados a se tomar no domicílio e realizar a contra referência para a unidade básica de saúde, e não possui tempo hábil para desenvolver essas orientações de forma efetiva. (PETRUCI, 2010).

O papel do enfermeiro no processo da alta hospitalar é importante, especialmente na articulação entre os serviços da rede. As informações referentes ao tratamento do paciente devem ser compartilhadas entre os profissionais da atenção hospitalar e os da atenção básica, o que, na maioria das vezes, não ocorre. É comum que o profissional da atenção básica seja informado pelo próprio paciente ou familiar, ocasionando falhas no processo da alta hospitalar, prejudicando a continuidade do cuidado integral e comprometendo a assistência qualificada à saúde (SILVA; RAMOS, 2011).

Os enfermeiros reconhecem a fragilidade do cuidado quando o paciente retorna ao domicílio. O cuidado tem a finalidade de promover o bem-estar do paciente e da família, e fica comprometido devido a obstáculos no seguimento do cuidado pós alta hospitalar. (PINTO; MANDETTA; RIBEIRO, 2015).

3 MÉTODO

Essa seção demonstra o caminho percorrido durante o curso de mestrado que culminou na elaboração de um modelo de plano de alta hospitalar para pacientes vítimas de AVC. Aponta, ainda, os estudos que deram suporte à elaboração desse plano.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo constitui-se de uma revisão integrativa da literatura que busca evidências sobre as ações e cuidados de enfermagem aos pacientes vítimas de AVC, com vistas à elaboração de plano de alta hospitalar.

Revisão integrativa é um estudo secundário que reúne resultados sobre determinado tema, cuja síntese de evidências disponíveis proporciona o estado atual da temática estudada, trazendo lacunas para o desenvolvimento de novos estudos. (LACERDA; COSTENARO, 2016)

O método da revisão Integrativa foi realizado seguindo os passos descritos a seguir:

3.1.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA

Com base na estratégia PICOT (LACERDA; COSTENARO, 2016), sendo o P da população, o I que representa a intervenção, o C consiste na intervenção mais utilizada, o O é o resultado esperado e o T refere-se à cronologia que a pergunta ocorre. Assim, a questão de pesquisa deste estudo foi constituída: Quais são as ações de enfermagem indicadas no planejamento de alta para pacientes hospitalizados após AVC, seus familiares e/ou cuidadores?

Quadro 1 – Estratégia para formulação da questão de pesquisa

| | |
|---|--|
| P | Paciente hospitalizado após Acidente Vascular Cerebral – AVC, familiares e cuidadores. |
| I | Intervenções de plano de alta |

| | |
|---|--|
| C | Não se aplica |
| O | Reduzir reinternações. Garantir continuidade do cuidado no domicílio. |
| T | Não se aplica |

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

3.1.2 AMOSTRAGEM

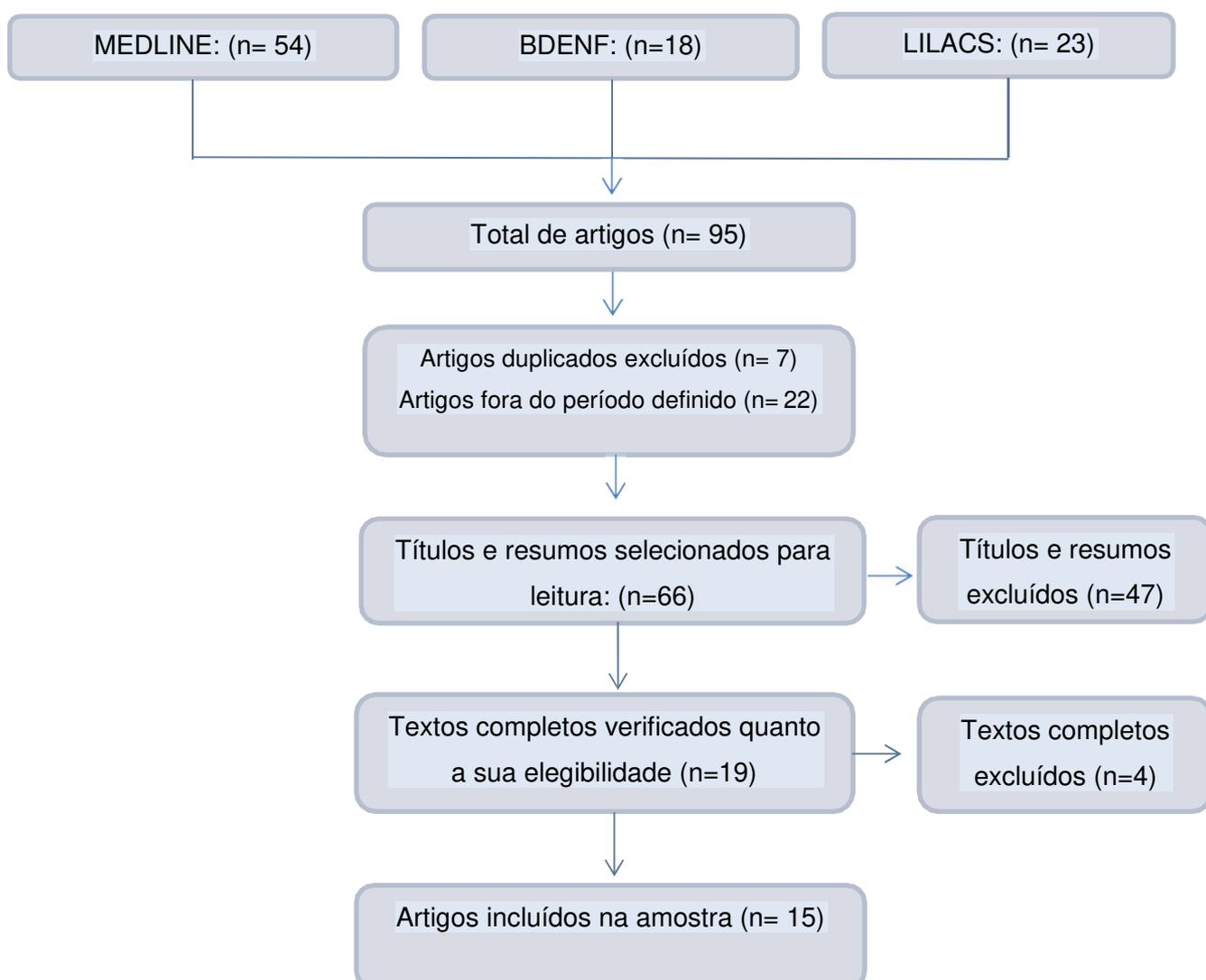
Os estudos foram selecionados por meio de pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public MEDLINE (via PUBMED e BIREME), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores usados na estratégia de pesquisa, foram extraídos do Descritores das Ciências da Saúde (DECS), nas seguintes combinações: 1) Acidente Vascular Cerebral and Cuidados de enfermagem ; 2) Acidente Vascular Cerebral and Cuidados de enfermagem and Alta Hospitalar; 3) Alta Hospitalar AND Cuidados Transicional AND Acidente Vascular Cerebral; 4) Acidente Vascular Cerebral AND Cuidado Transicional.

Foram incluídos os artigos completos que abordam os cuidados de enfermagem indicados para os pacientes diagnosticados com AVC, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no período de janeiro de 2009 a julho de 2018. Foram excluídos os artigos que não responderam à questão de pesquisa, os repetidos e os artigos não disponíveis na íntegra. A coleta de dados ocorreu em junho e julho de 2018.

3.1.3 EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS

Realizou-se o rastreamento dos artigos nas bases de dados conforme critérios estabelecidos. Foram identificados 95 estudos ao total, sendo 18 artigos na base de dados BDENF, 23 artigos na base de dados LILACS e 54 artigos na base de dados MEDLINE. Foram excluídos 22 artigos por não estarem no período

definido e 7 por serem duplicados. Depois dessa remoção, títulos e resumos foram lidos e analisados, dos quais 19 foram considerados elegíveis. Após leitura completa do texto, outros quatro trabalhos foram removidos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, permanecendo 15 artigos nessa revisão integrativa. O fluxograma na figura mostra o processo de seleção dos artigos.



3.1.4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Após a seleção dos artigos, procedeu-se a leitura minuciosa de cada um deles, sendo analisado o conteúdo de cada um, relacionando com a questão de pesquisa. Os artigos foram classificados, segundo os níveis de evidência e realizada a avaliação crítica, de acordo com Melnyk; Fineout- Overholt, (2011): N1: revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados; N2: ensaios clínicos randomizados controlados; N3: ensaios clínicos sem randomização; N4: coorte e caso controle; N5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; N5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; N6: estudo descritivo ou qualitativo; N7: opinião de especialistas. (MELNYCK; FINEOUT- OVERHOLT, 2010). A análise possibilitou a síntese do conhecimento do tema em estudo, permeando e trazendo subsídios para a etapa seguinte, referente aos resultados e à discussão.

3.1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa que, após a interpretação e síntese, foram comparados com o referencial teórico, bem como identificadas lacunas que permitem sugestão para futuras pesquisas direcionadas à melhoria na qualidade da transferência do cuidado na alta hospitalar de pacientes acometidos por AVC.

3.1.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Ao final da pesquisa, esses elementos possibilitaram a síntese dos resultados obtidos, trazendo subsídios das evidências científicas para alcançar o objetivo geral do trabalho.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Foi respeitada a lei nº 9.610/98 de propriedade intelectual, sendo dada a devida autoria de todas as obras pesquisadas e utilizadas no trabalho.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 publicações que descreviam ações para o planejamento da alta hospitalar. O Quadro 2 apresenta os artigos analisados. Dois artigos foram publicados em 2017, dois em 2016, um em 2015, dois em 2014; quatro em 2013, um em 2012, dois em 2011 e um em 2009. Quatro artigos estavam disponíveis em português, um em português e inglês e dez em inglês.

Quadro 2: apresentação dos artigos analisados quanto aos autores e ano de publicação, título, tipo de estudo e nível de evidência, objetivos e conclusão.

| Autores e ano de publicação | Título | Tipo de estudo/ Nível de Evidência | Objetivos | Conclusão |
|--|--|--|--|--|
| 1 Souza, N.P.G; Maniva, S.J.C de F, Freitas, C.H.A de, 2013 | O Conhecimento de acompanhantes / cuidadores de vitimados por acidente vascular cerebral no contexto hospitalar. | Estudo qualitativo-descriptivo Nível 6 | Investigar o conhecimento de acompanhantes/ cuidadores sobre o cuidar de pacientes hospitalizados por AVC. | Identificado despreparo dos cuidadores. Atividades desempenhadas pelo cuidador de tais pacientes: relacionam com atividades diárias como higiene, alimentação, mudança de decúbito, administração de medicamentos e prevenção de quedas. |
| 2 Oliveira, A.R de S.et al. 2011 | Conduas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular cerebral. | Estudo qualitativo descriptivo Transversal Nível 6 | Analisar a prevenção de quedas em pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. | O enfermeiro precisa atuar na prevenção de eventos de queda. Foram descritos dois pontos positivos: Ajuda pessoal na presença do cuidador e iluminação adequada. |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 3 Roecker,S. et. al, 2012 | Vivência e adaptação da família com o acidente vascular encefálico e o papel de um projeto de assistência a essas famílias. | Estudo qualitativo- descritivo/ estudo de caso Nível 6 | Analisar a experiência e o processo de adaptação da família frente à doença crônica e descrever as atividades desenvolvidas por um projeto de assistência em casa com a família. | A enfermeira é a profissional mais preparada para esclarecer a família sobre os cuidados para ser fornecido à vítima de AVC; ela pode estabelecer relação de confiança e parceria com a família para instruir sobre a doença, causas e consequências. |
| 4 Paiva, R. S. Valadares. G.V, 2013 | Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. | Estudo qualitativo- Teoria fundamentada nos dados. Nível 6 | Discutir o contexto vivido pelo cuidador familiar, considerando o duelo de sentimentos, de manifestações. | A presença do familiar do paciente com sequelas conduz a mudanças estruturais na teia social, atingindo fortemente os membros da família. Os cuidadores e familiares devem participar das decisões e rumos para assistência no domicílio. |
| 5 Saldan, G.G et. al. 2017 | Construção de tecnologia educativa para cuidado domiciliar após acidente vascular cerebral encefálico: relato de experiência. | Estudo qualitativo descritivo– relato de experiência Nível 6 | Descrever a construção de um folder educativo com orientações de enfermagem para o cuidado domiciliar às pessoas com incapacidades decorrentes do AVC. | O enfermeiro atua como facilitador intermediando conhecimentos através de práticas educativas. Foi elaborado um folder como tecnologia educativa a partir de diagnósticos que facilitam a compreensão do familiar/cuidador |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | | quanto às práticas em saúde. |
| 6 Benigno, M.H.M. et al. 2011 | Avaliação da assistência de enfermagem aos pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico isquêmico. | Estudo quantitativo exploratório descritivo. Nível 6 | Avaliar os cuidados prestados pelos enfermeiros aos pacientes com sequelas de AVE isquêmico. Investigar o conhecimento dos enfermeiros em relação a essa doença. | Assistência eficaz é considerada a principal atitude para o enfermeiro. Assistência de enfermagem deve atuar instigando a melhoria da mobilidade física, entre outros aspectos, a prevenção de agravos à saúde decorrentes das alterações da doença. |
| 7 Waring, J. Bishop, S. Marshall, F. 2016 | Um estudo qualitativo das percepções profissionais e de cuidado das ameaças à alta hospitalar segura para pacientes com acidente vascular cerebral e fratura de quadril no serviço nacional de saúde da Inglaterra. | Estudo qualitativo – narrativo Nível 6 | Identificar fatores contributivos e latentes buscando os pontos de vista dos profissionais de saúde e dos pacientes e seus cuidadores sobre as ameaças à segurança da alta hospitalar. | A comunicação é essencial para o planejamento da alta, juntamente com o envolvimento das partes. Fatores que contribuem para diminuir riscos na alta hospitalar: avaliação do paciente, manejo de equipamento e medicamentos, plano de cuidados, acompanhamento e educação do paciente. |
| 8 Condon, C. et al. 2016 | Reduzindo as readmissões após um acidente vascular cerebral com um profissional de enfermagem estruturado/no programa de | Estudo prospectivo. Nível 4 | Determinar se Clínica de Transição do AVC (TSC) reduz a readmissão de pacientes vítima de AVC. | Equipe com enfermeira capacitada e uma abordagem padronizada e abrangente para o cuidado de transição pode reduzir a readmissão |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | transição para o AVC. | | | hospitalar nos primeiros 30 dias. |
| 9 Wang, Y. et. al. 2017 | Que tipo de cuidados de transição reduziu efetivamente a mortalidade e melhorou as atividades da vida diária (ADL) de pacientes com AVC? Uma metanálise. | Metanálise Nível 1 | Sintetizar os achados sobre intervenções de cuidados transicionais (TCI) e avaliar se os cuidados transicionais melhoram o resultado em termos de mortalidade no AVC. | Programas de visitas domiciliares foram mais efetivos na transição de cuidados para reduzir a mortalidade. |
| 10 Middleton, S; Grimley R; Alexandro v, A. W. 2014 | Triagem, tratamento e transferência: recomendações de práticas clínicas baseadas em evidências e modelos de cuidados de enfermagem para as primeiras 72 horas de internação hospitalar por acidente vascular cerebral agudo. | Revisão Sistemática da Literatura Nível 5 | Destacar a importância essencial da enfermagem para o fornecimento de cuidados no AVC na fase aguda. | O enfermeiro desempenha papel fundamental na supervisão de aspecto do cuidado, orientando sobre os fatores de risco, resultados de testes diagnósticos, aconselhamento de medidas de prevenção, educar pacientes quanto à patologia, risco pessoal e medicamentos. |
| 11 Puhr,M.I. Thompson , H.J. 2015 | O uso de modelos de cuidados de transição em pacientes com AVC. | Revisão sistemática da literatura. Nível 5 | Identificar modelos de transição do cuidado que foram usados com sucesso em pacientes com acidente vascular cerebral | A transição do cuidado descreveu intervenções essenciais: planejamento na transição, gestão de medicamentos, envolvimento do paciente e família, informação na transferência, acompanhamento, responsabilidade |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | | | | compartilhada entre as organizações e assistência médica. |
| 12 Summers, et.al. 2009 | Visão abrangente da assistência de enfermagem e interdisciplinar do paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo: uma declaração das American Heart Association. | Revisão de Literatura Nível 5 | Educar profissionais de enfermagem e da saúde sobre papéis e responsabilidades para pacientes com AVC. | A enfermagem tem papel vital em todas as fases de atendimento. Usando evidências e recomendações sobre a organização e integração do cuidado são identificados melhores resultados, diminuem o tempo de internação, os custos e recorrência de eventos. |
| 13 Mcalister F. A. et al. 2014 | O gerenciamento de casos reduz o risco vascular global após AVC: resultados secundários para prevenir eventos vasculares recorrentes e agravamento neurológico por meio de terapia intensiva: ensaio controlado de gestão de casos. | Ensaio controlado randomizado Nível 2 | Identificar modelos de transição do cuidado que foram usados com sucesso em pacientes com acidente vascular cerebral. | O gerenciamento de casos por equipe multiprofissional está associado à melhora do risco vascular em pacientes com AVC recente. |
| 14 Struwe, J. H. et al. 2013 | Como os cuidados de enfermagem para pacientes com AVC são organizados: ponto de vista | Estudo qualitativo descritivo Nível 6 | Descrever as percepções dos enfermeiros sobre como organizar o | Para a continuidade do cuidado é importante a sua organização, isso incluiu enfermeiros |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| | dos enfermeiros sobre as melhores práticas. | | cuidado. | treinados e permanentemente responsáveis pela coordenação do atendimento interdisciplinar. Outros elementos importantes incluem competências, colaboração, comprometimento. |
| 15 Poston, K. M. Dumas, B. P. Edlund, B. J. 2014 | Resultado de um projeto de melhoria na qualidade da alta hospitalar no AVC para reduzir taxas de readmissão de 30 dias | Estudo comparativo Nível 4 | Determinar se o uso de modelo de cuidado transicional, realizado pelos enfermeiros, afetaria as taxas de readmissão em 30 dias em pacientes hospitalizados com AVC isquêmico que realizam auto cuidado. | Houve diminuição na taxa de reinternações dos primeiros 30 dias após alta hospitalar. A duração de apoio variou de acordo com as necessidades do paciente, e os melhores resultados foram alcançados quando os enfermeiros focaram na organização do cuidado e no plano de alta de maneira individualizada. |

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Por meio da revisão de literatura foi possível verificar que o planejamento de alta hospitalar é destaque quando se fala em transferência adequada de cuidados para paciente diagnosticado com AVC. (BRASIL, 2013a). A transferência do cuidado em casos de AVC é um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, à comunidade e à sociedade.

Após a análise dos artigos, organizou-se quatro categorias: Orientações de cuidados; Envolvimento do familiar no planejamento de cuidados; Comunicação entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde; Responsabilidade do enfermeiro nas orientações e planejamento de alta. O Quadro 3 apresenta os artigos conforme as categorias identificadas.

Quadro 3: categorias de análise.

| Categorias | Artigos/Autores/Ano |
|--|--|
| Orientações de cuidados | 1. Souza, Maniva, Freitas, 2013 2. Oliveira, et al. 2011 3. Roecker et al, 2012 5. Saldan et al, 2017 6. Benigno et al, 2011 7. Waring, Bishop, Marshall, 2016 10. Middleton, 2014 11. Puhr, Thompson, 2015 12. Summers, et al, 2009 |
| Envolvimento do familiar no planejamento de cuidados | 1. Souza, Maniva, Freitas, 2013 2. Oliveira, et al. 2011 3. Roecker et al, 2012 4. Paiva; Valadares, 2013 6. Benigno et al, 2011 7. Waring, Bishop, Marshall, 2016 11. Puhr, Thompson, 2015 12. Summers, et al, 2009 15. Poston; Dumas; Edlund, 2013 |
| Comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde | 7. Waring, Bishop, Marshall, 2016 8. Condon, et.al. 2016 9 Wang, et al 2017 11. Puhr, Thompson, 2015 12. Summers, et al, 2009 14. Struweet al, 2013 |
| Responsabilidade dos Enfermeiros nas orientações e planejamento do cuidado | 1. Souza, Maniva, Freitas, 2013 2. Oliveira, et al. 2011 3. Roecker et al, 2012 4. Paiva; Valadares, 2013 5. Saldan et al, 2017 6. Benigno et al, 2011 7. Waring, Bishop, Marshall, 2016 8. Condon, et.al. 2016 9 Wang, et al 2017 |

| | |
|--|---|
| | 10. Middleton,2014 11. Puhr, Thompson, 2015 12. Summers, et al, 2009 13. Finlay, 2013 14. Struweet al, 2013 15 Poston; Dumas; Edlund, 2013 |
|--|---|

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

Na categoria Orientações de Cuidados foram incluídos nove artigos, que tratam das orientações a serem realizadas em preparação à alta hospitalar do paciente após AVC, cujas orientações devem ser fornecidas aos pacientes, familiares e/ou cuidadores, embora nem todos foquem diretamente em orientações voltadas para a alta.(SOUZA, MANIVA, FREIRAS, 2013; OLIVEIRA,etal.2011; ROECKER, et al. 2012; SALDAN, et al. 2017; BENIGNO, et al. 2011; WARING, BISHOP, MARRSHALL, 2016; MIDDLETON,2014; PUHR, THOMPSON, 2015; SUMMERS, et al. 2009). No que diz respeito à patologia, os autores abordam a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas e os fatores de risco para AVC.

As sequelas decorrentes do AVC podem comprometer atividades básicas diárias, por isso orientações são essenciais para que a transferência do cuidado ocorra de maneira segura, conforme a necessidade individual de cada paciente. As orientações baseiam-se na higiene pessoal, cuidados com a alimentação, mudança de decúbito, situações que apresentam riscos de quedas e a gestão de medicamentos (SOUZA, MANIVA, FREIRAS, 2013; OLIVEIRA, et al.2011.) As orientações de cuidados fornecidas ao paciente/cuidador favorecem a qualidade no cuidado fornecendo subsídios à aquisição de conhecimento e à educação em saúde, exercitando a autonomia e incentivando adesão ao tratamento.

A categoria Envolvimento do familiar no planejamento do cuidado, engloba nove artigos dessa revisão. Os autores apontam o envolvimento como um ponto positivo, pois o familiar é a pessoa que conhece a realidade domiciliar, as peculiaridades tanto da estrutura física, social e financeira que a família compartilha, além de ser o pilar que estará presente nas dificuldades que surgirão no decorrer dos dias. São os familiares que vão auxiliar no planejamento para traçar objetivos e

metas que são condizentes com a realidade existente. (SOUZA, MANIVA, FREIRAS, 2013; OLIVEIRA, et al.2011; ROECKER et al. 2012; PAIVA; VALADARES, 2013; BENIGNO, et al, 2011; WARING, BISHOP, MARRSHALL, 2016; PUHR, THOMPSON,2015; SUMMERS, et al, 2009; POSTON;DUMAS, 2013)

A família sofre modificações para reorganização familiar, sendo necessário adaptações social, psicológica e financeira. Ocorre uma redefinição dos papéis familiares, e conforme as limitações do paciente, a família e /ou cuidador precisam estar orientados quanto à maneira de realização e a detecção de intercorrências que poderão surgir. (ROECKER et al. 2012; PAIVA; VALADARES, 2013)

A categoria Comunicação entre a Rede de Atenção à Saúde, engloba seis artigos incluídos nesse estudo. Para o seguimento dos cuidados no domicílio, informações essenciais sobre o tratamento e intercorrências ocorridas na internação hospitalar, precisam ser fornecidas aos profissionais da atenção básica, porém essas informações se perdem devido à falta de comunicação desses serviços. (WARING, BISHOP, MARSHALL, 2016; CONDON, et.al. 2016; WANG, et al, 2017 PUHR; THOMPSON, 2015; SUMMERS, et al, 2009; STRUWE, et al, 2013).

Por vezes o cuidado se torna fragilizado devido à dificuldade de comunicação entre as unidades hospitalares para com a atenção básica. É necessário transferir as informações relevantes do quadro clínico do paciente de maneira a contribuir para a continuidade do cuidado.

A categoria Responsabilidade do enfermeiro nas orientações e planejamento do cuidado são abordados por todos os artigos incluídos nesse estudo. Quando o assunto está relacionado à melhoria na qualidade de vida do paciente com AVC, é possível compreender que a transferência do cuidado é o ponto chave a ser trabalhado. É unânime, entre os autores, a ideia de que os enfermeiros desempenham papel fundamental nas orientações e no planejamento do cuidado. Os autores revelam estratégias que auxiliam nesse processo e na diminuição das readmissões, sendo elas: o acompanhamento desse paciente no domicílio, o desenvolvimento de um instrumento com informações pertinentes à história clínica do paciente, organização do acompanhamento com a rede de saúde, além da orientação dos cuidados conforme a necessidade individual.

6 DISCUSSÃO

6.1. ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS

A literatura identifica orientações importantes que precisam ser realizadas para o cuidador e/ou família durante o processo de alta hospitalar. As orientações referentes à patologia devem abordar o reconhecimento de sinais e sintomas do AVC e seus fatores de risco, tornando mais rápido o reconhecimento de um novo evento, e, conseqüentemente, o atendimento adequado com mais brevidade.(SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013; WARING; MARSHALL; BISHOP, 2016; MIDDLETON, 2014; SUMMERS et al, 2009)

Além das orientações sobre cuidados ao paciente, é necessário propiciar o conhecimento da doença. Cabe orientar ações para o controle de fatores de risco, reconhecimento dos sinais e sintomas e os cuidados para prevenção de complicações. Autores ressaltam que as atividades realizadas durante a internação são relacionadas com a higiene, a alimentação, a mudança de decúbito, a prevenção de quedas e a administração de medicamentos. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013).

Além disso, é necessário expor as medidas de prevenção e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. (MIDDLETON; GRIMLEY; ALEXANDROV, 2015). O estudo de Summers et. al. (2009) destacam que as orientações devem ser fornecidas de forma escrita e interativa. Os familiares e/ou cuidadores precisam discutir sobre os fatores de risco, controlar a pressão arterial e cessar o tabagismo, além de estabelecer estratégias de comunicação quando paciente é afásico, e ainda orientar posicionamento e manuseio do paciente, afim de promover a independência. (SUMMERS et.al, 2009).

O estudo de Lima et al. (2016) corrobora esses achados trazendo a importância de medidas proativas para prevenção do AVC e salientando a necessidade de que o atendimento seja preciso, seguro, individual e condizente com as necessidades de cada indivíduo, a fim de melhorar a qualidade de vida por meio de medidas que reduzam as sequelas do AVC.

É importante destacar alguns fatores para os familiares e/ou cuidadores para melhorar a qualidade de vida do indivíduo acometido pelo AVC. Rangel et al. (2013), apontam que o AVC é a segunda causa de morte no mundo. Maniva (2016) relata que o AVC no Brasil tem maior incidência que as doenças cardíacas e cancerígenas, evidenciando assim a necessidade de conhecimento dos sinais e sintomas desta patologia.

Um problema comumente encontrado nos pacientes vítimas de AVC é a mobilidade prejudicada. As ações elaboradas devem considerar o grau de comprometimento do paciente. Os autores trazem o item mudança de decúbito como orientação essencial para o cuidado com a pele, dando ênfase à prevenção de lesões por pressão. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013; ROECKER, 2012; SALDAN, et al, 2017; BENIGNO, 2011; SUMMERS et al, 2009)

Devido à mobilidade prejudicada, é importante a análise de risco de integridade da pele pelo profissional enfermeiro, de forma a orientar o cuidador e/ou familiar sobre como proceder para evitar ou reduzir o risco de lesões de pele. As normativas do MS indicam que o cuidador e/ou familiar precisam ter sempre em mente a necessidade de estimular o paciente, ou seja, sempre que houver oportunidade o indivíduo deverá tentar realizar alguma atividade. Quando o assunto é mobilização, é importante que o paciente teste sua própria mobilidade dentro dos seus limites. Para manter um conforto, sempre que for necessário mudar o paciente de decúbito, nunca se deve arrastá-lo sobre a cama, evitando assim fricção da pele. O cuidador e/ou familiar devem ficar atentos também aos cuidados da pele sempre que mudar de posição, a fim de certificar a integridade da pele do paciente. (BRASIL, 2013d)

O diagnóstico de enfermagem, mobilidade física prejudicada, conforme um estudo de caso, foi identificado em paciente participante de um projeto, que recebeu em torno de 30 visitas durante o período de atendimento no domicílio. A partir desse diagnóstico foram traçados cuidados para orientação da família, tais como: explicação sobre a importância de mudar de posição a cada 2 horas e o porquê dessa ação, estímulo para estabelecer um programa de exercícios físicos para prevenção de trombose e embolia, manutenção da pele limpa e seca, e a realização de massagens terapêuticas para promover o retorno venoso. As orientações

descritas pelo autor no folder elaborado, estão relacionadas com o grau de incapacidade, que é avaliado de acordo com a necessidade individual. A forma do cuidado, precisa ser direcionada conforme a necessidade real do paciente, de modo que o cuidado seja prescrito e orientado individualmente. Dúvidas que implicam diretamente na qualidade do atendimento prestado podem ser evidenciadas, as mais frequentes são relacionadas a efeitos colaterais dos medicamentos, e os cuidados que podem ou não ser realizados, deixando claro que as famílias não estão sendo orientadas adequadamente para alta hospitalar. (ROECKER, 2012).

O risco de queda é outro apontamento relacionado com a limitação da capacidade da pessoa acometida por AVC. Os autores trazem estratégias para prevenção de queda e diminuição dos riscos. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013; OLIVEIRA et al, 2011; SALDAN et al, 2017; WARING, BISHOP, MARSCHALL, 2016). Por isso, a importância da orientação aos familiares e/ou cuidadores quanto ao uso de objetos adequados no domicílio, tais como: tapetes emborrachados no banheiro, iluminação adequada e camas com guardas laterais. Também se faz necessário, após a alta do paciente, uma avaliação do enfermeiro em nível domiciliar, na intenção de identificar os riscos do ambiente, e assim orientar corretamente os cuidadores e/ou familiares. (CAVALCANTE, 2018).

Estudos apontam que a frequência de quedas varia de 95% a 100% nos diagnósticos de enfermagem de pacientes acometidos por AVC (OLIVEIRA, 2012; MORAIS, 2012). O Ministério da Saúde, em seu protocolo de prevenção de quedas, aponta o AVC como um dos agravos relacionados às quedas. Desta forma é importante instrumentalizar as famílias e os cuidadores quanto aos riscos de queda e como preveni-los. (BRASIL, 2013e).

Autores destacam a higiene do paciente como atividade diária que deve ser orientada aos pacientes, familiares e/ou cuidadores, sendo que essa vem atrelada ao diagnóstico de déficit do autocuidado. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013; ROECKER, 2012; SALDAN et al, 2017; BENIGNO, et al, 2011). Summers et. al. (2009), trazem a ação como gestão de cuidados primários que necessitam se fazer presentes no plano de alta hospitalar. Nesse sentido, o banho assistido consiste em garantir condições de segurança ao paciente. Para isso, as recomendações dão conta do uso de cadeiras apropriadas para banho, pisos antiderrapantes, objetos

para higiene que sejam de fácil manuseio pelo paciente como forma de estimular a autonomia na higiene do indivíduo acometido pelo AVC. (BRASIL, 2013a).

Dentre as sequelas do AVC, a dificuldade de deglutição é uma delas. Ela ocorre em função da diminuição dos reflexos de tosse, consequentes da xerostomia, ou seja, a boca seca, um sintoma frequente em pacientes acometidos pelo AVC. A higiene bucal adequada, é um importante cuidado na prevenção de pneumonia consequente da contaminação das vias aéreas inferiores, que pode ser ocasionada por técnica de aspiração da saliva contaminada, entre outras causas. A cavidade oral é composta fisiologicamente por um biofilme, ou seja, microrganismos da flora natural, porém com o avanço da idade, o uso de medicamentos e a presença de algumas patologias, essa microflora se altera, acarretando o surgimento de algumas doenças sistêmicas, dentre as quais a mais relevante é a pneumonia. (BRASIL, 2013a).

Conforme o manual de rotinas para atenção ao AVC, é de extrema importância a orientação quanto à higiene oral dos pacientes acometidos pelo AVC. Esta deve ocorrer todos os dias com escovação e uso de enxaguante bucal associado, que pode ser à base de iodo 0,1% ou clorexidina de 1% sob diluição alcoólica, independente da forma como o paciente se alimenta – por via oral ou por sonda. (BRASIL, 2013a).

O cuidador é o principal responsável por auxiliar o paciente nas suas atividades diárias, com o auxílio do enfermeiro por meio do planejamento do cuidado. O cuidador precisa incentivar o autocuidado, a higiene pessoal de maneira a preservar auto estima. Conforme o grau de dependência, o cuidador deve ter disponibilidade de acompanhar e auxiliar a realização de ações diárias proporcionando amparo e segurança ao paciente.

A dificuldade de deglutição pode ser uma das sequelas apresentadas pelo paciente por fraqueza muscular. Nesse sentido, alguns autores apontam a alimentação como item a ser avaliado e prescrito nas orientações os cuidados. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013; ROECKER et al, 2012; SALDAN et al, 2017; SUMMERS et al, 2009)

O estado nutricional do indivíduo poderá ser prejudicado, devido à dificuldade de deglutição, e podem ocorrer sérios prejuízos nutricionais. Dependendo do grau

de dependência, este indivíduo poderá ser estimulado a se alimentar sozinho, mas sob supervisão devido ao risco de engasgamento e/ou aspiração. (BRASIL, 2013a).

SALDAN et al.(2017) descrevem uma tecnologia educativa com objetivo de facilitar e proporcionar a disponibilização de um material prático para ser consultado no domicílio quanto á alimentação, As orientações dão conta das dificuldades nesse processo de alimentar-se, tais como: manter a pessoa sentada ao realizar as refeições; lembrar que se deve abrir e fechar a boca ao mastigar e não deixar o alimento parado; manter o braço reto sobre a mesa para que haja estímulo de usá-lo; oferecer o alimento em uma consistência adequada ao momento da reabilitação. As informações contidas no folder estão relacionadas com determinado grau de incapacidade do paciente, porém, conforme o grau de sequela, os pacientes necessitarão de outro tipo de suporte alimentar, podendo ele ser sonda nasoesférica ou, até mesmo, dispositivo implantado por procedimentos cirúrgicos, como a gastrostomia.

Outro aspecto importante na continuidade do cuidado diz respeito à gestão de medicamentos. (SOUZA; MANIVA; FREITAS,2013; ROECKER et al, 2012; WARING; BISHOP; MARSHALL,2016; MIDDLETON et al ,2014; PUHR; THOMPSON,2015; POSTON; DUMAS; EDLUND,2013). Os familiares precisam estar atentos e compreender a necessidade do uso dos medicamentos, para que não haja abandono do tratamento por situações equivocadas. O período da internação hospitalar é propício para desenvolver orientações e discussões acerca da patologia e dos cuidados que deverão ser mantidos em casa. (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012). Os profissionais de saúde podem utilizar esses momentos no intuito de buscar resultados positivos para o tratamento e reabilitação. (TORRES, LOBO. ALEXANDRE, 2011). Conforme a sequela gerada, o grau de dependência e incapacidade que o paciente apresenta, se propõe o desenvolvimento de um plano de cuidados atrelados às necessidades individuais, relacionado com as atividades da vida diária.

6.2 ENVOLVIMENTO DO FAMILIAR NO PLANEJAMENTO DE CUIDADOS

A experiência de cuidar de alguém com dependência em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes, o mais cedo possível, traz o desafio de preparar pacientes e familiares para reorganizarem a vida em seus lares, de modo a possibilitar-lhes assumir os cuidados, próprios ou de familiares, detectando, prevenindo e controlando situações e intercorrências (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

É definido como cuidador a pessoa que cuida a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. A função do cuidador é fazer o que a pessoa não tem condições de realizar por si própria, excluindo-se, desta função, procedimentos técnicos identificados como atos de profissões legalmente estabelecidas.(BRASIL, 2013a, p 51).

O aprendizado na execução dos cuidados é realizado pelo cuidador na forma de observação da atividade que os membros que compõem a equipe de saúde desenvolvem. O estudo que examinou a transição do cuidado com idoso após AVC verificou que o cuidado é realizado no domicílio pelo cuidador, mesmo com falta de informações, e que, para realizar as atividades necessárias, os cuidadores utilizam o bom senso, a intuição e as suas próprias crenças. (RODRIGUES et al., 2013).

Conforme Roecker et al. (2012), o episódio de AVC pode ser uma fonte de tensão para a família, pois envolve impacto social e econômico. Logo, se faz necessária a definição das funções de cada membro da família, dirigindo uma pessoa como responsável pelos cuidados e necessitando redefinir papéis familiares.

No que se refere à possibilidade da alta hospitalar, os sentimentos são ambíguos por parte da família, flutuando entre a felicidade em ver o familiar se recuperando e a amargura referente às novas condições de tornar-se cuidador. A família é o principal grupo afetado pelo adoecimento, pois a condição de vida precisa ser ajustada de acordo com as necessidades e limitações do paciente. O autor destaca que a equipe de enfermagem é a principal aliada para fornecer suporte a família e afirma que, estando ela bem orientada, possuindo conhecimento sobre a

doença e seus cuidados, consegue lidar com os medos e conflitos e se manter equilibrada frente a situações adversas que surgirem. (PAIVA; VALADARES, 2013).

O aprendizado do familiar/cuidador é fruto do trabalho de vários profissionais, cujo cuidado, de maneira geral, é constituído por um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando no decorrer da internação. O retorno seguro ao domicílio se integraliza com o trabalho desses profissionais. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

A figura do cuidador surge como elemento fundamental para a promoção de saúde. Ele pode atuar juntamente com a equipe multiprofissional no auxílio das atividades diárias e no desenvolvimento de ações que estimulam o autocuidado. (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011). O cuidador possui a incumbência de auxiliar e acompanhar a pessoa naquilo que ela não consegue fazer sozinha. (BENIGNO, 2011).

O familiar é extremamente importante no processo de reabilitação do paciente, principalmente no que se refere à patologia, cujo processo é bastante prolongado. Os conhecimentos dos familiares/cuidadores são essenciais para a execução dos cuidados após a alta hospitalar, quando a enfermagem não estará presente. (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Quando os familiares/cuidadores recebem, desde o início, as orientações adequadas sobre a patologia e sobre os cuidados, os benefícios são maiores para o paciente. Considerando a importância da transição do cuidado no processo de reabilitação, verifica-se a necessidade de implantação de programas e/ou tratamentos precoces, no qual o planejamento do cuidado e o preparo do cuidador iniciem durante a hospitalização e sigam até âmbito de saúde mais adequado, conforme necessidade do paciente. A proposta de receber o paciente com AVC no domicílio, com o cuidador orientado e preparado, é fundamental para a reabilitação do paciente e a integralidade do cuidado. (THINEN; MORAES, 2013).

6.3 COMUNICAÇÃO ENTRE A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Para melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde (MS) realizou a implantação das Redes Temáticas, sendo

definida como rede prioritária a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A RUE atende diferentes situações clínicas e é composta por diferentes pontos de atenção. Componentes fundamentais, como a regulação de acesso, a qualificação profissional, o acesso à informação e o acolhimento, são necessários para que atuação seja integrada e articulada. (BRASIL, 2014).

Achados reforçam que a comunicação é essencial no planejamento de alta, juntamente com o envolvimento das partes para o planejamento das atividades. Fatores como a falha no planejamento de alta, a dificuldade de comunicação entre o hospital e a atenção básica, a apresentação de informações perdidas e incompletas nos registros de atendimento e plano de cuidados, prejudicam a continuidade do cuidado. Muitos desses problemas se relacionam com a alta precoce, sem preparo do paciente e da sua família. (WARING; BISHOP; MARSHALL, 2016).

O planejamento da alta hospitalar tem papel fundamental no processo de cuidar no domicílio. E a enfermagem está diretamente envolvida em transferir o elo do cuidar da instituição hospitalar para a rede de saúde básica. (ARAÚJO, 2012).

Conforme o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Atenção Básica tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. Caracteriza-se por ações para manutenção e promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Seu objetivo principal é desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. A atenção básica deve contribuir para coordenação do cuidado, organizar e acompanhar o fluxo dos usuários nos pontos de atenção à saúde, para que a transferência do cuidado seja realizada de forma segura. Deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos por intermédio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve articular

também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. (BRASIL, 2013f).

Parte integrante da RAS e trabalhando no processo de assistência integral a condições crônicas de saúde, a Atenção Domiciliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivos reduzir o período de permanência dos pacientes internados e desinstitucionalizar e ampliar a autonomia dos usuários, reorganizando o sistema de trabalho das equipes que prestam o cuidado domiciliar.

Conforme Art. 5º, a Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes: ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda; ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador. (BRASIL, 2013g).

Diariamente é observado que os encaminhamentos são entregues aos familiares para que os mesmos tomem as devidas providências, porém, não se tem conhecimento da efetividade dessa ação. O planejamento da alta hospitalar visa ao gerenciamento da doença, considerando uma atividade multiprofissional que fornece orientações quanto a medicamentos, esclarecimentos sobre o local adequado para atendimento no caso de dúvidas ou intercorrências, os meios para acesso a exames e consultas e o profissional de referência para o cuidado no domicílio. (MELLO, 2013).

A alta hospitalar deve ser usada como momento de produzir a continuidade do cuidado em outro âmbito de saúde, realizando o encaminhamento efetivo para o local indicado conforme necessidade do usuário. (MALTA; MERHY, 2010).

A comunicação entre os pontos de serviços da rede, mesmo que descritas em portarias e manuais do Ministério da Saúde, apresenta vulnerabilidades. O contato da unidade hospitalar com a unidade básica para os devidos encaminhamentos não ocorre por parte dos profissionais, sendo que a família acaba realizando esse trabalho.

6.4. RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES E PLANEJAMENTO DO CUIDADO

O enfermeiro é destaque no planejamento de cuidados juntamente com a família, privilegiando a promoção de saúde e a manutenção da capacidade funcional do paciente. (SOUZA; MANIVA; FREITAS, 2013).

LIMA et al., (2016) ressaltam que o enfermeiro tem um papel de extrema importância na alta hospitalar do paciente acometido pelo AVC, pois é este profissional que tem maior habilidade e capacidade para orientar os cuidadores e/ou familiares, isso por conta de sua formação ter um teor holístico que contempla o paciente na sua integralidade. Destacam que, na formação do enfermeiro, as questões de promoção e prevenção de saúde e doença são objetivos essenciais da prática diária deste profissional.

Para Summers et. al (2009), a transição do cuidado de maneira segura é o objetivo principal do planejamento de alta. A ideia é manter a continuidade do cuidado entre as unidades de saúde e otimizar o processo de reabilitação, fornecendo educação e apoio aos pacientes e familiares. A enfermagem possui papel vital na organização do cuidado, e sua integralidade diminui o tempo de permanência, os custos e recorrência de eventos.

Considerando o preparo do enfermeiro para explicar sobre os cuidados a serem realizados ao paciente, é fundamental desenvolver uma relação de confiança e harmonia com pacientes/familiares. O desenvolvimento da comunicação facilita o processo realizado pelo profissional de proporcionar o encorajamento para desenvolver formas de autonomia do paciente e favorecer a autoestima e independência. (ROECKER, 2012). Mediante sua atuação, o enfermeiro exerce atividade relevante e estratégica relacionada a orientações do cuidado, encaminhamentos responsáveis e gerenciamento de intercorrências. Devido ao aumento da expectativa de vida da população, bem como as doenças crônicas se tornarem cada dia mais presentes, a atuação do enfermeiro tem papel decisivo no que diz respeito à orientação e à alta do paciente vítima de AVC, contribuindo para melhoria dos cuidados e qualidade de vida deste indivíduo. (NUNES, 2017).

Ainda é comum pensar no modelo de saúde que atribui os principais instrumentos da cura aos hospitais e à terapia medicamentosa. Portanto, quando prescrita a alta hospitalar, existe uma superficialidade nas orientações realizadas, pelo fato de serem mencionados somente cuidados gerais, que são insuficientes para demanda na reabilitação. (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Estudo de Cavalcante et al. (2011), evidenciou que intervenções educativas da enfermagem destinadas a familiares e/ou cuidadores de pacientes acometidos por AVC são de suma importância. O enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, desempenha importante papel nessas ações educativas.

O enfermeiro é o profissional que permanece a maior parte do tempo vigilante ao lado do paciente, sendo o responsável por desenvolver o processo da alta hospitalar, de forma a identificar dificuldades na realização do cuidado, na gestão de medicamentos e na adesão ao tratamento prescrito. (REIS; COBUCCI, 2011).

Autores verificaram que os erros mais comuns e que estão relacionados ao prejuízo no cuidado são relacionados à terapêutica medicamentosa complexa, ausência de apoio familiar, efeitos colaterais dos medicamentos, não conhecimento da doença e do próprio tratamento e falta de adesão ao tratamento. A discreta melhora dos sintomas provoca desatenção na continuidade do cuidado. (ANDRIETTA; MOREIRA; BARROS, 2011). Por isso, a enfermagem assume um papel decisivo na organização do cuidado e no planejamento da alta.

Os principais papéis da enfermagem são instruir a população acerca da enfermidade, detectar precocemente as complicações e incentivar o reconhecimento precoce de sinais e sintomas do AVC. (BENIGNO, 2011).

Estudo afirma que o atendimento de qualidade ao paciente com AVC é alcançado utilizando estratégia em que exista uma enfermeira para coordenar os cuidados dentro da equipe, que mantenha a continuidade do cuidado, sustentando a colaboração do paciente/familiar para o processo de reabilitação. A duração desse apoio varia de acordo com as necessidades, sendo que o melhor resultado é expresso quando os enfermeiros focam na organização de um plano de maneira individualizada. (STRUWE, et. al. 2013).

O estudo de Wang et al. (2017) também defende que acompanhamento e apoio são necessários para a transição do cuidado. O programa de visitas

domiciliares necessita de recursos em comum para resultar efeitos positivos. Primeiramente necessita que os cuidados sejam baseados na necessidade do paciente e, em segundo lugar, necessita de acompanhamento pós alta hospitalar. Os programas de visitas domiciliares que apresentaram os melhores resultados em relação aos cuidados transicionais para reduzir a mortalidade em todos os tempos de acompanhamento, foram aqueles liderados por equipe multidisciplinar. (WANG, 2017).

Modelo de transição do cuidado afeta também a taxa de readmissão nos pacientes com AVC, evidenciando que houve diminuição da taxa de reinternações dentro dos primeiros 30 dias após a alta. Identificou-se que as ações estavam relacionadas à utilização de intervenções na organização de acompanhamento e ao fornecimento de informações pós alta hospitalar, além da orientação para a importância do acompanhamento agregada a um formulário de alta hospitalar. (POSTON, 2014).

Conforme McAlister (2014), a atuação de profissionais multidisciplinares para auxiliarem no processo de reforço de orientações do cuidado, na gestão de medicamento e no controle de fatores de risco, está associada a melhorias na prevenção do AVC. Resultados do estudo, apontaram que o acompanhamento, durante 6 meses, seguido de sessões de aconselhamento, mostraram poucas foram as reincidências de internação.

O enfermeiro é destacado como principal educador para os vitimados do AVC. A contribuição no fornecimento de informações sobre a patologia e a abordagem enfática de orientações com os cuidados individualizados são essenciais para a diminuição do risco de eventos adversos e complicações associadas à doença.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS APÓS AVC

A partir desse estudo apresenta-se como produto da pesquisa a elaboração de um modelo de Plano de Alta Hospitalar, disponível no apêndice, para pacientes hospitalizados após Acidente Vascular Cerebral – AVC. A criação do plano possibilita ao enfermeiro facilitar o processo de educação do paciente e familiar, de forma a garantir a transferência do cuidado na perspectiva de profissionais da rede de atenção à saúde, que darão seguimento ao atendimento do paciente. O Plano deverá ser preenchido pelo enfermeiro desde o início da internação, de maneira a agregar informações no decorrer do período de estadia no hospital. Serão três vias do documento, sendo a primeira do paciente e/ou familiar, a outra via encaminhada ao serviço que dará continuidade ao atendimento do paciente, e a terceira via ficará no prontuário do paciente.

Para melhor compreensão, o plano de alta hospitalar proposto, foi dividido em etapas, que serão apresentadas a seguir:

O item identificado no plano de alta como *a) Cuidados no domicílio* são orientações decorrentes do fornecimento de orientações pertinentes ao grau de dependência que o paciente apresenta. Esse item possui o quadro dos medicamentos, devendo ser preenchido com as informações conforme a prescrição médica. Ele fornecerá orientações sobre o tratamento medicamentoso e o profissional deve reforçar a importância da adesão ao tratamento. O enfermeiro deve marcar com um x o item que se aplica à situação do paciente. Ele também poderá acrescentar, de maneira descritiva, os itens que achar pertinente. As informações que não se aplicam ao paciente devem ser informadas a ele, ou ao seu familiar, para que compreendam que elas não são parte do seu planejamento.

O item *b) Conceitos sobre a patologia*, engloba orientação sobre a doença, seus sinais e sintomas e os fatores de risco. O enfermeiro deve questionar com o paciente e/ou familiar o que já ele sabe sobre o assunto e, a partir disso, ir inserindo o discurso do seu conhecimento científico de maneira clara e simples. Além disso,

mediante conversa, o enfermeiro deve identificar dúvidas e permitir questionamentos.

O item *c) Reconheça um AVC* orienta quais são os sinais que podem indicar um novo AVC e como acionar ajuda imediatamente. Nessa etapa, deverão ser reforçadas as orientações para tomada de decisão na busca de serviços de referência, salientando a importância de não postergar o atendimento.

O item *d) Dados de Identificação*, deve ser preenchida a história clínica do paciente, a partir das informações do prontuário. As informações, conforme o local de referência na Atenção Básica de Saúde, devem ser realizadas mediante contato com esse local, conforme georreferenciamento. Deve conter orientações quanto a consultas de revisão e o serviço de referência para possíveis queixas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma revisão integrativa foi realizada para identificar as ações de enfermagem que são indicadas no planejamento de alta após Acidente Vascular Cerebral. O método se mostrou suficiente, uma vez que permitiu exploração e apresentação de estratégias para serem realizadas.

Como estratégias são apontadas as orientações que devem ser realizadas ao paciente, familiar e /ou cuidador. As orientações devem ocorrer de maneira individual, visto que as sequelas apresentadas podem variar de acordo com a área cerebral afetada, sendo apenas auxílio nas atividades diárias como higiene e alimentação, até cuidados com pacientes mais dependentes como mobilização no leito e uso de dispositivos para nutrição. O estudo aborda que o envolvimento do familiar e/ou cuidador são fundamentais para o sucesso da alta segura, sendo preciso envolvê-los pois a viabilidade das ações planejadas são possíveis com o conhecedor do ambiente domiciliar. Além disso, para que a transferência do cuidado seja realizada adequadamente é necessário que as informações clínicas do paciente sejam repassadas da unidade hospitalar para a atenção básica de referência, conforme georreferenciamento. A comunicação entre a rede de saúde é essencial para que o cuidado não seja fragilizado e se mantenha o seguimento de acompanhamento domiciliar por profissionais da saúde.

O enfermeiro é apontado como o profissional que possui a competência para compreender as necessidades do paciente e de seus cuidadores, sendo capaz de articular as relações entre as várias instâncias da saúde e organizar ações educativas, visando dar continuidade ao cuidado, juntamente com a equipe multiprofissional.

O plano de alta foi elaborado com a finalidade de auxiliar na transferência adequada do cuidado, além de funcionar, para o familiar/cuidador, como local para consulta de dúvidas. No âmbito profissional, o plano tem por intuito transferir informações relevantes sobre o período de internação aos profissionais da atenção básica que darão seguimento ao atendimento iniciado. Destaca-se que o plano de alta hospitalar deve ser desenvolvido pelo profissional enfermeiro no decorrer do período de internação. Acredita-se que o plano de alta hospitalar fornece subsídios

para o enfermeiro orientar o paciente, familiar e/ou cuidador, além de facilitar a transferência do cuidado do hospital para o domicílio. Desta forma espera-se que o plano ofereça suporte aos profissionais envolvidos no cuidado e aos familiares/cuidadores, além de reduzir as readmissões hospitalares, as complicações e eventos adversos pós alta hospitalar, bem como garantir uma transferência adequada do cuidado, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da pessoa acometida por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O plano de alta hospitalar sistematizado, poderá fomentar a elaboração de futuros projetos para outras patologias, servindo de modelo a ser adaptado para tais situações.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF, 2013
- AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida cardiovascular** - Manual para profissionais da saúde [versão em português]. Mauá, SP, 2014.
- ANDRIETTA, M. P. MOREIRA, R. S. L. BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2018
- ARAÚJO, F. S. R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas e cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar**. 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012
- BENIGNO, M. H. M. Avaliação da assistência de enfermagem aos pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico isquêmico. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, n. 4, p. 974 – 981, 2011.
- BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, jan. 2012.
- BOWMAN, E. H. FLOOD, K. L. Care Transitions Intervention and Other Non-nursing Home Transitions Models. In: MALONE, M. L. CAPEZUTI, E. A. PALMER, R. M. (eds.). **Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 97-114. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-16068-9_8>. Acesso em: 05 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília, DF, 2013^a
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS), Brasília: 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 22 jan. 19

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: 2013c. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente**: Anexo 01: Protocolo Prevenção de Quedas. Brasília, DF. 03 de mai. 2013e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013f

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 27 nov. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação**. Brasília, DF, 2018 Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, no. 2, p. 102-109, Feb. 2013.

CARDOSO, C. G. HENNINGTON, E. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 85-112, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

CAVALCANTE T. F. et al. Intervenções de enfermagem ao paciente com acidente cerebrovascular em reabilitação. **Revista de enfermagem UFPE** [online], Recife, v. 12, n. 5, p. 1430-1436, maio, 2018.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, V. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

COLI, M. ZANI A. V. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20: e934, jul. 2016.

CONDON, C. et al. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/ Registered nurse transitional Stroke Program. **Stroke**, v. 47, n. 6, p. 1599–1604, June 2016.

DELATORRE, P.G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: Revisão integrativa. **Journal of Nursing– UFPE** [online], Recife, v. 7 (especial edition), p. 7151-7159, Dec. 2013.

DIAS, A. M. AQUINO, A. P. M. VIANA, S. B. P. **Guia de posicionamento para cuidadores de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico (AVE)** Itajaí/SC: UNIVALI, 2017

DUARTE, E. C. BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FOSS, C.; ASKAUTRUD, M. Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 24, p. 46-55, Dec. 2010.

FOX, M. T. et al. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. **BioMed Central Geriatrics**, London, v. 13, n. 70, July 2013.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <www.ibge.gov.br/apps/população/projeção/index.htm>. Acesso em: 30 abr. 2018.

GARANHANI M. R. et al. Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 164-168, dez. 2010.

GURGEL, D. A. OLIVEIRA, F. P. A. SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.2, p.129- 143, 2012

LACERDA, M. R. COSTENARO, R. G. S Revisão Integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática em Saúde. In: PAULA, C. C. PADOIN, S. M. M. GALVÃO, C. M..(Org). **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Editora Moriá,p.51- 76, 2016

LIMA A. C. M. A. C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 738-745, jul./ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400785>. Acesso em: 15 dez 2018.

LONGTIN, Y. et al. Patient participation: current know ledge and applicability to patient safety. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 85, n. 1, p. 53-62, Jan. 2010.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sep. 2010.

MANIVA, S. J. C. F. Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre acidente vascular cerebral para prevenção da recorrência. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016

MELNYK, B.M; FINEOUT- OVERHOLT E; STILLWELL S.B; WILLIAMSON, K.M; Igniting a SpiritofInquiry: Na Essential Foundation for Evidence- BasedPractice. **The American JournalofNursing**. v. 110, n.1, p. 51-53, 2010

McALISTER, F. A. et al. Case management reduces global vascular risk after stroke: Secondary results from the preventing recurrent vascular events and neurological worsening through intensive organized case-management randomized controlled trial. **American Heart Journal**, v. 168, n. 6, p. 924 – 930, Dec. 2014.

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

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

MIDDLETON, S. GRIMLEY, R. ALEXANDROV, A. W. Triage, Treatment, and Transfer: Evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. **Stroke**, v. 46, nº 2, p. e18 - e25, Jan. 2015.

MORAIS, H.C.C. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.20, n.5, p. 944-953, 2012.

NUNES, H. J. M. QUEIRÓS, P. J. P. Doente com acidente vascular cerebral: planejamento de alta, funcionalidade e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 415-423, Brasília, mar./abr. 2017.

OLIVEIRA A. R. S. et al. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/ exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, 2012

OLIVEIRA, A. R. de S. et al. Conduas para a prevenção de quedas de pacientes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 107-113, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, B. C.de. GARANHANI, M. L. GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico - necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 43-49, 2011

PAIVA, R. S. de. VALADARES, G. V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 249-255, abr. / jun. 2013.

PEDROSO, E. R. P. OLIVEIRA, R. G. **Blackbook - Clínica Médica: Medicamentos e Rotinas Médicas**. 2ª ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2014.

PEREIRA, A. B. NETO ,J. L.F Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, v. 13, n. 1, p. 67-88, 2015.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>>. Acesso em: 08 mai. 2018

PETRONILHO, D. A. C. **O planejamento da alta hospitalar de pacientes com depressão e vínculo com a Atenção Primária a Saúde: revisão integrativa**. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PETRUCI, F. R. **Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica**. 2010 Trabalho de conclusão do curso de especialização

(Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família) - INDEP Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação, Assis-SP, 2010.

Disponível em:

<http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_53488/artigo_sobre_beneficios-da-contrareferencia-na-alta-hospitalar-para-equipe-da-atencao-basica>. Acesso em: 16 out. 2018

PINTO, J. P. MANDETTA, M. A. RIBEIRO, C. A. A família vivenciando o processo de recuperação da criança pós-alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 594-602, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000400594&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2017.

POSTON, K. M. DUMAS, B. P. EDLUND, B. J. Outcomes of a quality improvement project implementing stroke discharge advocacy to reduce 30-day readmission rates. **Journal of nursing care quality**, v. 29, n. 3, p. 237–244, July-Sep. 2014.

PUHR, M. I. THOMPSON, H. J. The use of transitional care models in patients with stroke. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 47, n. 4, p. 223 – 234, Aug. 2015.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de enfermagem** [online], v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em:

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013, 132 p.

REIS, A. M. F. COBUCCI, R. A. S. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por Acidente Vascular Encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 4, n. 1, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

RODRIGUES, L. S. ALENCAR, A. M. P. G. ROCHA, E. G. Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2 p. 271-277, mar/abr. 2009.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 9, p. 1-9, 2013.

ROECKER, S. et al. Family experience and adaptation to stroke and role of an assistance project / Vivência e adaptação da família com o acidente vascular encefálico e atuação de um projeto de assistência a essas famílias. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, Maringá, v. 34, Special Edition, p. 277-285, 2012.

SALDAN, G. G. et al. Construction of educational technology for home care after encephalic vascular accident: case report. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1784 – 1793, Apr. 2017.

SILVA, C. A. MONTEIRO G. L. SANTOS, A. G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, no 45, jul./set., p. 114-120, 2015

SILVA, D. C. S. NASCIMENTO, C. F. BRITO, E. S. B. Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura; Revista Neurociências, v. 21, n. 4, p. 620-627, fev. 2014.

SILVA, R. V. G. O. RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-254. Abr./jun. 2011.

SBDCV: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CÉREBRO VASCULARES **Acidente Vascular Cerebral**. [S.l., 2018?]. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em: Abr. 2018.

SOUZA, A. C. **Identificação do conteúdo padronizado do sumário de alta**. 2012. 87 f. Dissertação Mestrado em Tecnologia em Saúde – Escola Politécnica, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012.

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

SPOKE. **How to stop making patients pay the price for poor communications**. Chicago: Becker's Health care, 2017. Disponível em: <https://www.beckershospitalreview.com/whitepapers/current-whitepapers.html>. Acesso em: 1º dez. 2018.

STRUWE, J. H. et al. How is nursing care for stroke patients organised? Nurses' views on best practices. **Journal of Nursing Management**, v. 21, n. 1, p. 141–151, Jan. 2013.

SUMMERS, D. et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. **Stroke**, v. 40, n 8, p. 2911-2944, Aug. 2009.

SUZUKI, V. F. CARMONA, E. V. LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, v. 45, n. 2, p.527-532, 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200032&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 out. 2017.

TESTON, E. F. et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 330-337, maio/jun. 2016. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3448/2684>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

THE JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

THINEN, N. C. MORAES, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Cadernos brasileiros de terapia ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 131-139, 2013.

TORRES, H. C. LOBO, F. R. ALEXANDRE, L. R. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.

TREGUNNO, D. Know your client and know your team: a complexity inspired approach to understanding safe transitions in care. **Nursing Research and Practice**, Cairo, v. 13, p. 1-8, Nov. 2013.

VELASCO, I. T. et al. **Emergências clínicas: Abordagem prática**. 8ª ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WANG, Y. et al. What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 5, p. 1-16, May 2017.

WARING, J. BISHOP, S. MARSHALL, F. A qualitative study of professional and care perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 297, julho 2016.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do Cuidado do hospital para o domicílio: Revisão Integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**.v. 22, n. 3, 2017.

APÊNDICE

PLANO DE ALTA HOSPITALAR PARA PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

| |
|--------------------------|
| Nome do paciente: |
| Idade: |

a) CUIDADOS NO DOMICÍLIO – ORIENTAÇÕES

- MEDICAÇÕES

| NOME | PARA QUE SERVE | HORÁRIO | DOSE | VIA |
|------|----------------|---------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cuidado Especial com algum medicamento? () SIM () NÃO

Descreva o cuidado: _____

- **HIGIENE** (BIERHALS, 2017)

HIGIENE ORAL:

| |
|--|
| Lave as mãos; |
| Eleve a cabeceira do paciente; |
| Avisar o paciente o que vai fazer; |
| Proteja a roupa de cama e a roupa do paciente; |
| Ofereça o fio dental, depois a escova de dentes, contendo creme dental, peça ao paciente para escovar os dentes e depois fazer limpeza da língua (se tiver condições); |
| Ofereça água para o paciente enxaguar a boca, oferecer também o pote para recolher a água; |
| Se paciente não tiver condições, usar escova macia e realize higiene bucal pelo paciente, use enxaguante bucal associado, podem estes serem a base de iodo 0,1%, ou clorexidina de 1%. |

HIGIENE CORPORAL:

| () Banho no chuveiro | () Banho no leito |
|---|--|
| Estimular, orientar e ajudar a pessoa a fazer sua higiene. | Lave as mãos antes de iniciar; |
| Fazer somente o que o paciente não consegue | Utilize luvas de procedimento; |
| Lavar as mãos antes de iniciar; | Tire as roupas pessoais do paciente e da cama, deixe apenas o lençol de baixo; |
| Atentar para higienizar corretamente a região genital. | Coloque um plástico coberto por uma toalha seca por baixo da pessoa e da parte a ser lavada; |
| Utilizar equipamentos adaptados para o banho (barras de apoio, tapete antiderrapante, cadeira). | Cubra o resto do corpo do paciente com um lençol ou colcha; |
| Secar partes íntimas. | Utilize água morna. Verificar a temperatura da água antes de iniciar o procedimento; |
| Secar as dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos. | Lave da cabeça para os pés (as mãos e os pés podem ser colocados dentro da bacia). |

| | |
|--|---|
| | Esfregue o corpo do paciente com água morna e sabonete, usando para isso um pano ou uma esponja macia. |
| | Remova todo o sabonete enxaguando com o pano e cubra-o imediatamente; |
| | Troque a água da bacia de maneira a não deixe que fique fria. |
| | A higiene íntima do paciente deve ser feita separada ou por último no banho e o pano ou esponja não deve ser o mesmo. |
| | Seque partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos. |

- **ALIMENTAÇÃO**

| |
|--|
| () Via oral (comer pela boca) |
| Elevar a cabeceira; Nunca oferecer nada com paciente deitado; |
| Orientar para que mastigue o alimento várias vezes; |
| Estar ao lado auxiliando o paciente; alimentar sem pressa; |
| Se tiver dificuldade para engolir, iniciar com dieta pastosa e procurar unidade de saúde assim que possível; |
| Paciente acamado sempre deve alimentar-se com a cabeceira elevada; |
| Paciente que possua condições motora, preferencialmente levá-lo até a mesa. |

| |
|---|
| () Sonda – Via enteral |
| Realizar limpeza da narina, mesmo a narina que estiver a sonda. |
| Não puxar a sonda; |
| Trocar a fixação todos os dias, com cuidado para não deslocar a sonda; |
| Testar a sonda antes de administrar a dieta; (colocar a ponta dentro do copo de água, se borbulhar não administrar nada e encaminhar paciente para avaliação no posto de saúde) |
| Diluir adequadamente os medicamentos para administrar; |
| Lavar a sonda com 20 ml de água a cada administração de dieta ou medicamento; |
| Manter cabeceira elevada sempre no momento que estiver administrando alimentação, água ou medicação, para não provocar enjoos e vômitos; |

| |
|--|
| () Gastrostomia/ Jejunostomia (BRASIL. 2017) |
| Higienizar as mãos com água e sabão antes e depois da manipulação; |
| Higienizar de 02 a 03 vezes ao dia ou quando houver necessidade, ao redor do orifício com água e sabão, secando cuidadosamente; |
| Trocar a gaze que protege a pele ao redor orifício (orifício é onde o dispositivo entra na pele); |
| Não utilizar óleos ao redor do orifício, pois pode facilitar a saída do dispositivo; |
| Manter cabeceira elevada sempre no momento que estiver administrando alimentação, água ou medicação, para não provocar enjoos e vômitos; |
| Após o término da administração, deixar o paciente nesta posição por aproximadamente 40 minutos; |
| Em caso de enjoos e vômitos suspender a administração e relatar à equipe da unidade de saúde que |

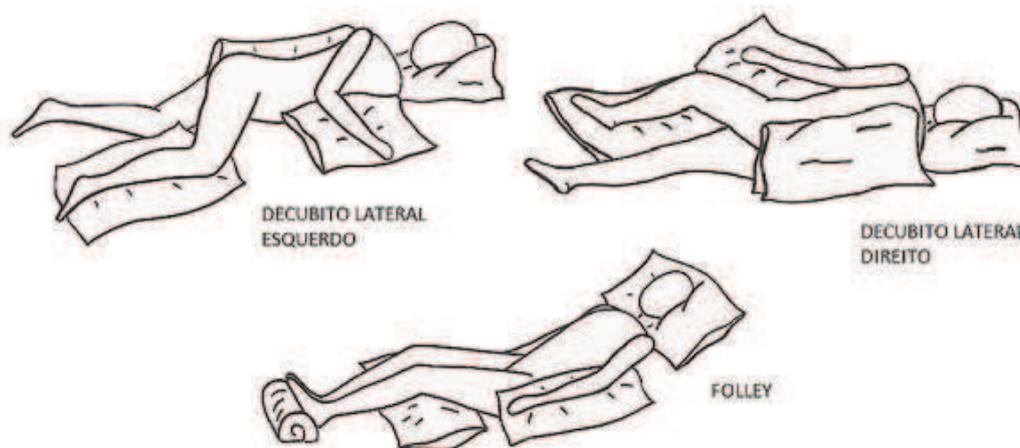
| |
|---|
| acompanha o paciente; |
| Após a administração de alimentação e medicação, realizar uma lavagem com 20 ml de água em jato utilizando a seringa; |
| Em caso de dificuldade na passagem da alimentação ou medicação, utilizar água em jato com o auxílio de uma seringa, antes de administração da alimentação ou medicação; |
| Observar o orifício, em caso de vermelhidão, escoriações (pele ralada) e sangramentos avisar a equipe de saúde que acompanha o paciente; |
| Observar presença de Granuloma no orifício (Granuloma é uma inflamação do tecido no nosso organismo); |
| Em caso de escape do dispositivo de gastrostomia do orifício, realizar higiene com água fria, manter o paciente deitado de barriga para cima e solicitar avaliação no serviço de saúde. |

- **PREVENÇÃO DE QUEDAS** (OLIVEIRA, 2011)

| |
|---|
| Revisar o histórico de quedas com o paciente e a família; |
| Monitorar o modo de andar e o equilíbrio; |
| Auxiliar a pessoa sem firmeza na deambulação; |
| Colocar os objetos pessoais ao alcance do paciente; |
| Monitorar a capacidade de transferir-se da cama para cadeira e vice-versa; |
| Evitar acúmulo de objetos no chão; |
| Providenciar iluminação noturna junto ao leito. |
| Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama. |

- **MOBILIZAÇÃO** (NOLASCO, 2013)

| |
|---|
| Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema (inchaço) e drenagem; |
| Monitorar a pele quanto ao ressecamento e umidade; |
| Monitorar o aparecimento de fontes de pressão e atrito; |
| Examinar as roupas quanto à compreensão; |
| Mudar o paciente acamado de posição a cada 3 horas, colocando apoios como mostra figura abaixo; |



Fonte: leidismarnalasco.blogspot.com/

b) Conceitos sobre a patologia (BRASIL, 2018?):

AVC: É um déficit (problema) neurológico súbito, com incapacidade das funções neurológicas causado por problemas nos vasos sanguíneos.

SINAIS E SINTOMAS:

- Enfraquecimento ou paralisção de braço ou perna de um lado do corpo.
- Perda de força no rosto, o que pode causar desvio da boca para um lado (a boca fica torta);
- Dor de cabeça súbita, forte e persistente;
- Alteração da visão, visão turva ou perda da visão especialmente em um olho ou episódio de visão dupla;
- Perda da capacidade de engolir;
- Tontura ou desequilíbrio;
- Confusão mental;
- Dificuldade de falar ou entender o que os outros estão falando.

FATORES DE RISCO APRESENTADOS PELO PACIENTE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CÉREBRO VASCULARES, 2018)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Idade maior que 55 anos |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação Atrial | <input type="checkbox"/> Sexo masculino |
| <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Raça Negra |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> História Familiar |
| <input type="checkbox"/> Consumo excessivo de álcool | <input type="checkbox"/> Doença vascular prévia |
| <input type="checkbox"/> Sedentarismo | <input type="checkbox"/> AVC prévio |
| | <input type="checkbox"/> Acidente Isquêmico Transitório |

- **Hipertensão Arterial:**

() Paciente caminha: Realizar o controle da Pressão Arterial , verificar uma vez na semana ou conforme orientação médica.

() Paciente acamado: conversar com enfermeiro da unidade básica para agendar visita para que o controle da Pressão Arterial seja realizado no domicílio.

- **Hiperlipidemia e Obesidade:** Manter dieta balanceada, controlar o peso, realizar exames conforme solicitação médica, acompanhar com nutricionista;
- **Tabagismo e Consumo de álcool:** diminuir e se possível suspender o uso dessas drogas;
- **Sedentarismo:** exercitar-se regularmente
- **Manter tratamento com medicamentos** conforme orientação.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2018?)

c) RECONHEÇA UM AVC

Fique atento aos sinais que podem indicar um AVC e peça ajuda imediatamente: chame o SAMU, ligando para o fone 192.

- **SORRISO:** peça para a pessoa sorrir. Se o sorriso estiver torto ou se a boca entortar, pode ser AVC;
- **ABRAÇO:** peça para a pessoa levantar os braços. Se a pessoa tiver alguma dificuldade para levantar um deles ou se após levantar os dois um deles cair bruscamente, pode ser AVC;
- **MENSAGEM:** peça para a pessoa repetir uma frase ou uma mensagem qualquer. Se a pessoa não conseguir compreender ou não conseguir repetir a frase ou mensagem, pode ser AVC;
- **URGÊNCIA:** havendo qualquer um desses sinais, chame imediatamente o SAMU.
-

Aprenda os sinais de **AVC**, eles iniciam repentinamente



AMAVC: Associação Mineira do Acidente Vascular Cerebral

NO CASO DE APARECIMENTO DE QUALQUER DESSES SINAIS E SINTOMAS OU PIORA DO QUADRO JÁ EXISTENTE, LIGAR IMEDIATAMENTE PARA SAMU(192).

Quando você **ligar para 192** a ligação é direcionada para uma central de regulação, você será atendido pela secretária, por uma telefonista; é preciso informar o nome do paciente e o **ENDEREÇO COMPLETO**. Após falar com a telefonista, aguarde na linha para passar a situação para o médico, pois é ele que procederá a liberação da ambulância (com médico – Suporte Avançado – ou sem médico – Suporte Básico), necessária para atendimento.

d) Dados da internação:

| | |
|--|---------------|
| Data da Internação: | Data da Alta: |
| Tempo de Permanência: | |
| Local Internação: | |
| Diagnóstico principal: | |
| Patologias prévias: | |
| Medicamentos usados na internação: | |
| Medicamentos de uso antes da internação: | |
| Medicamentos para uso pós-internação: | |
| Exames realizados: | |
| Alterações de exames: | |

| |
|---|
| Exames pendentes: |
| Encaminhamentos: (Consultas) Agendada consulta para dia: ____/____/____ às ____:____ hrs Local: |
| Nome da pessoa contatada na Unidade Básica: |
| Telefone de contato na Unidade de Referência: |

REFERÊNCIAS:

Associação Mineira do Acidente Vascular Cerebral (AMAVC). **Aprenda os sinais de AVC**. Lagoa Santa, MG, 6 fev. 2014. Disponível em: <<http://amavc10.blogspot.com/2014/02/aprenda-os-sinais-de-avc.html>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BIERHALS C. C. B. et al. Needs of family caregivers in home care for older adults. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 25, n. 6, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100323&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente: Anexo 01: PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS. Brasília, 03 de mai. 2013c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gastrostomia e Jejunostomia**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/21/08-Gastrostomia-e-Jejunostomia.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Saúde de A a Z. **AVC: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Brasília, DF [2018?]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília, 2013a

NOLASCO, L. **Intervenção da terapia ocupacional nas úlceras por pressão**. Maranhão, 23 jul. 2013. Disponível em: <<http://leidismarnalasco.blogspot.com/2013/07/terapia-ocupacional-nas-ulceras-de.html>>. Acesso em: abr. 2018.

OLIVEIRA, A. R. de S. et al. Conduas para a prevenção de quedas de pacientes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 107-113, jan./mar. 2011.

SANTOS, Naiana Oliveira dos. **Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral**. 2017, 248 f. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado Acadêmico – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CÉREBRO VASCULARES (SBDCV). **Acidente Vascular Cerebral**. [S.l., 2018?]. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em: Abr. 2018.