

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ALESSANDRA MEDONÇA CESAR**

**PERCEPÇÕES DE CUIDADORES FAMILIARES  
SOBRE O PROGRAMA DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR  
AO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
indicativos à Educação em Saúde**

**Porto Alegre**

**2005**

**ALESSANDRA MEDONÇA CESAR**

**PERCEPÇÕES DE CUIDADORES FAMILIARES  
SOBRE O PROGRAMA DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR  
AO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
indicativos à Educação em Saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Regina Lara dos Santos

**Porto Alegre**

**2005**

C421p Cesar, Alessandra Mendonça  
Percepções de cuidadores familiares sobre o programa de preparo de  
alta hospitalar ao idoso com Acidente Vascular Cerebral : indicativos à  
educação em saúde / Alessandra Mendonça Cesar ; orient. Beatriz Regina  
Lara dos Santos. – Porto Alegre, 2005.  
85 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em  
Enfermagem, 2004.

1. Acidente cerebrovascular. 2. Idoso. 3. Educação em saúde. 4. Saúde  
da família. 5. Alta do paciente. 6. Saúde do idoso. 7. Serviços de saúde para  
idosos. 8. Humano. I. Santos, Beatriz Regina Lara dos. II. Título.

LHSN – 481.7  
NLM –WL 355

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

## ALESSANDRA MEDONÇA CESAR

### Percepções de Cuidadores Familiares sobre o Programa de Preparo de Alta Hospitalar ao Idoso com Acidente Vascular Cerebral: indicativos à educação em saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

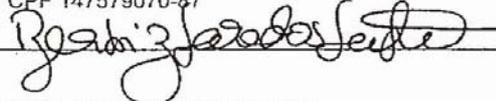
Aprovada em Porto Alegre, 26 de agosto de 2004.

#### BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos

(Presidente)

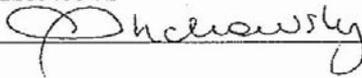
CPF 147579070-87



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

(Membro – UFRGS)

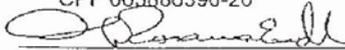
CPF 292288400-72



Profa. Dra. Olga Rosária Edit

(Membro- UFRGS)

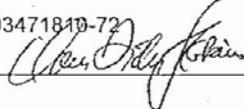
CPF 063886390-20



Prof. Dr. Claus Dieter Stobäus

(Membro- PUC/RS)

CPF 293471819-72



Profa. Dra. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

(Membro- UFRGS)

CPF 252705160-04



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e que me apoiaram para que fosse possível a finalização desta caminhada, bem como o início de uma nova trajetória;

A minha irmã, que, apesar das diferenças e da distância, no final deste processo, com as dificuldades enfrentadas, demonstrou-se sensível, solidária e amiga.

À Professora Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos pelos anos de orientação, bem como pelo carinho e dedicação dispensados nesta trajetória;

À Professora Dra. Olga Rosaria Eidt pelo incentivo e solidariedade demonstrados ao longo de nosso convívio;

Ao Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade – NEESFAC por auxiliar a minha caminhada pelo mundo da pesquisa;

À CAPES por possibilitar que, ao longo desses 24 meses, através da bolsa de estudos, pudesse dedicar-me exclusivamente aos meus estudos;

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Adriana Aparecida Paz e Gisele Maria Preussler, pelo incentivo, carinho e amizade;

À Coordenação e às enfermeiras do Grupo de Familiares de Pacientes Adulto com Seqüelas Neurológicas pela disponibilidade demonstrada ao longo do desenvolvimento deste estudo;

Aos participantes que dispensaram alguns minutos do convívio com seu familiar hospitalizado para colaborar com a realização deste estudo;

À amiga Claudia Simone do Nascimento (Claudinha) pela colaboração na transcrição das entrevistas;

À família Gomez Sanchez pela amizade e carinho, e por proporcionar momentos prazerosos de descontração nas situações de dificuldade.

*Muito Obrigado!*

## RESUMO

Um programa de preparo de alta hospitalar, enquanto uma estratégia de Educação em Saúde, pode contribuir para que a família ou o idoso possam dar continuidade aos cuidados no contexto domiciliar, após a alta hospitalar. Assim, este estudo de caráter qualitativo descritivo objetiva analisar a percepção que tem o cuidador familiar de idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em relação ao Programa de preparo de alta para o paciente com seqüelas neurológicas de um Hospital Universitário. Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição onde foi desenvolvido o presente estudo, foram entrevistados 12 cuidadores familiares de 9 idosos que participaram de tal Programa. As entrevistas foram transcritas e seu conteúdo foi analisado conforme a técnica de análise de conteúdo, emergindo quatro categorias: opinião sobre o programa, adequação das orientações às demandas de cuidados, pontos de melhoria e repercussões do ser cuidador. Assim, sugere-se a implantação de programas similares nos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento de estratégias educativas em saúde que contemplem o idoso com AVC e sua família.

**Descritores:** Idoso, Educação em Saúde, Acidente Cerebrovascular, Humano.

**Linha de pesquisa:** Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

*A program of hospital discharge planning, seen as a strategy in Health Education, may help the family or the elderly patient to continue household care after hospital discharge. Therefore, this qualitative and descriptive study intends to assess how the family caregiver attending elderly patients with AVC sees the hospital discharge planning program for patients with neurological sequelae in a University Hospital. For that purpose, twelve family caregivers participating in such program were interviewed. These interviews were transcribed and their content was analyzed as suggested. Four categories emerged from the data analysis: opinion about the program; adequacy of guidance according to the demands for care; improvement points; and repercussions of the caregiver. Therefore, it is suggested the implementation of similar programs in health care services that will have an educational approach.*

**Key words:** *elder, health education, cerebrovascular accident, human.*

**Research line:** *Nursing Practice in Collective Health*

## **RESUMEN**

*Un programa de preparo de alta hospitalar, siendo una estrategia de Educación en Salud, puede contribuir para que la familia o el anciano puedan dar continuidad a los cuidados en el contexto domiciliario, posterior a la alta hospitalar. De esta forma, este estudio de carácter cualitativo descriptivo objetiva analizar la percepción que tiene el cuidador familiar del anciano con Accidente Vascular Cerebral (AVC) en relación al Programa de preparo de alta para el paciente con secuelas neurológicas de un Hospital Universitario. Después de la aprobación por el Comité de Ética e Investigación de la institución donde fue desarrollado el presente estudio, fueron entrevistados 12 cuidadores familiares de 9 ancianos que participaron de tal Programa. Las entrevistas fueron transcritas y su contenido analizado conforme la técnica de análisis de contenido surgiendo cuatro categorías: opinión sobre el programa, adecuación de las orientaciones a las demandas de cuidados, puntos de mejoría y repercusiones de ser cuidador. De esta manera, se sugiere la implementación de programas similares en los servicios de salud, así como el desarrollo de estrategias educativas en salud que contemplen al anciano con AVC y su familia.*

**Descriptores:** *anciano, accidente cerebrovascular, educación en salud, humano*

**Línea de investigación:** *Práctica de Enfermería en Salud Colectiva.*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
2.1	GERAL.....	18
2.2	ESPECÍFICOS .....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
3.1	IDOSO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS .....	19
3.2	O IDOSO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PORTADOR DE SEQÜELAS NEUROLÓGICAS .....	21
3.3	PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	24
3.4	O PROGRAMA DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR - DO SURGIMENTO À ATUALIDADE. ....	28
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>31</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2	CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	31
4.3	PARTICIPANTES .....	31
4.4	ENTRADA NO CAMPO .....	34
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
4.6	ANÁLISE DE DADOS .....	36
4.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>

5.1	OPINIÃO SOBRE O PROGRAMA.....	39
5.1.1	Satisfação com o programa.....	39
5.1.2	Aquisição de competência para o cuidado .....	41
5.1.3	Organização do programa .....	42
5.1.4	Repercussões sociais do programa.....	44
5.2	ADEQUAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES ÀS DEMANDAS DE CUIDADOS .....	46
5.2.1	Incentivo à autonomia a partir do conhecimento .....	46
5.2.2	Aprendizado resgatando a cidadania .....	47
5.2.3	Reconhecendo a importância da interação familiar.....	48
5.3	PONTOS DE MELHORIA.....	50
5.3.1	Sobre o funcionamento.....	50
5.3.2	Quanto à participação dos familiares .....	51
5.3.3	Aprendizagem facilitada pela troca de experiência .....	52
5.4	REPERCUSSÕES DO SER CUIDADOR.....	53
5.4.1	Avaliação do estar no mundo .....	54
5.4.2	O Idoso cuidador de outro idoso .....	55
5.4.3	Sentimentos desencadeados pelo agravo à saúde .....	57
5.4.4	Vivenciando a carência financeira .....	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS .....	65
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	69
	APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	70
	APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	71
	ANEXO A – FICHA CLÍNICA DE PACIENTES .....	73
	ANEXO B – CONTROLE DE ORIENTAÇÕES.....	75

	11
<b>ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS CUJOS FAMILIARES</b>	
<b>CUIDADORES PARTICIPARAM DO ESTUDO .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO D - ORIENTAÇÕES FORNECIDAS AOS PARTICIPANTES JUNTO AO</b>	
<b>PROGRAMA .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO E – TERMO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento do número de idosos é hoje um fenômeno mundial gerado, principalmente, pelo aumento da expectativa de vida ao nascer (COSTA et al., 1999; BRASIL, 2003a; SANTOS, 2001; DUARTE e CIANCIARULLO, 2002). Concomitantemente ao aumento do número de idosos, há elevação da taxa de prevalência de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, de complicações decorrentes dessas (CHAIMOWICZ, 1997).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), através da pesquisa nacional por amostra de domicílios, identificou que 53,3% dos idosos entrevistados apresentavam algum problema de saúde, sendo que 23,1% desses eram portadores de doenças crônico-degenerativas.

A pesquisa do Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, cujo objetivo foi realizar um estudo multidimensional das condições de saúde dessa população, constatou que 20,3% dos participantes tiveram pelo menos um episódio de internação hospitalar naquele ano. Os resultados do estudo apontaram também o número excessivo de internações em relação à oferta de leitos hospitalares no âmbito estadual (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Conforme Anuário Estatístico do Brasil (2003), a identificação das recentes tendências demográficas é dado relevante para direcionar as políticas de saúde, bem como para orientar os processos de planejamento, gestão e avaliação de ações para grupos específicos. Porém, segundo Chaimowicz (1997), o fato de no Brasil, atualmente, ocorrer um crescimento de internações hospitalares por idosos atesta que o país não tem sido capaz de aplicar estratégias para a prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Assim, idosos encontram-se, muitas vezes, desamparados pelo sistema público de saúde, acumulando

seqüelas dessas doenças, desenvolvendo incapacidades e perdendo a autonomia e a qualidade de vida.

Marin e Angerami (2000) referem que, devido à redução de custos, à grande demanda pelos leitos hospitalares e aos riscos que a hospitalização prolongada podem causar, os pacientes, algumas vezes, recebem alta assim que os problemas mais agudos são resolvidos. Salientam que, comumente, esses retornam para as famílias e para a comunidade ainda com uma gama de problemas que demandam assistência de alta complexidade. Destacam que um programa de alta hospitalar pode contribuir para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria no estado de saúde do idoso, bem como sua independência para atividades cotidianas quando suas condições permitirem.

Marra et al. (1989) referem que o seguimento de cuidados no ambiente domiciliar depende, em grande parte, das orientações recebidas na alta hospitalar. Essas orientações compreendem ações programadas de acordo com as necessidades de cada paciente. Assim, um programa de alta visa auxiliar a recuperação do idoso, minimizar inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações.

Em um Hospital Universitário de Porto Alegre, desde 1996, vem sendo desenvolvido um Programa de preparo de alta hospitalar para pacientes portadores de seqüelas neurológicas, oriundas de diversas patologias, entre as quais destaca-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esse programa visa à orientação do paciente e de seu cuidador familiar para continuidade dos cuidados no contexto domiciliar. Contempla duas atividades: a orientação à beira do leito do paciente, com a presença do seu cuidador familiar; e a atividade grupal, constituída de dois encontros para cuidadores familiares desse paciente. Tais atividades são desenvolvidas por enfermeiras, nas unidades de internação clínica dessa instituição. Constitui-

se em um Programa inovador em nosso meio regional, visto que geralmente os pacientes, principalmente os idosos, não recebem orientações de preparo de alta hospitalar para o âmbito domiciliar.

A partir da vivência como estagiária curricular do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre de 2002, foram observadas algumas questões sobre o respectivo Programa de preparo de alta aos cuidadores familiares. Observou-se que alguns familiares compareciam em apenas um dos encontros grupais. Esse fato evidencia a dificuldade de adesão do cuidador familiar ao programa, talvez pela falta de clareza acerca da finalidade desse. Em situações relacionadas à primeira internação do idoso acometido por Acidente Vascular Cerebral, percebe-se a dificuldade da família em eleger um cuidador familiar responsável pelo acompanhamento desse paciente no âmbito hospitalar e domiciliar. Acredita-se que tal fato colabore, muitas vezes, para a não participação de familiares na atividade grupal proposta pelo programa.

No que se refere à ação educativa de enfermagem, tanto na atividade à beira do leito quanto na atividade de grupo, percebe-se uma tendência de ensino identificada com uma abordagem tradicional. A experiência prévia, os sentimentos e as expectativas do cuidador familiar, algumas vezes, não são consideradas, na medida em que a ação educativa é baseada em condutas previamente estabelecidas. Tais condutas decorrem do conhecimento científico vigente e da prática profissional dos enfermeiros não contextualizadas, muitas vezes, com a realidade de cada paciente/cuidador/família.

Salienta-se que, geralmente, a abordagem educativa utilizada nesse processo baseia-se na transmissão de conhecimentos, a qual não prioriza a construção desses a partir do encontro entre o cuidador familiar e o profissional de saúde. Acredita-se que, na medida em que o programa não estabelece estratégias interativas de ensino, também não proporciona ao cuidador familiar competências para a realização do cuidado de forma adequada e integral.

Destaca-se, ainda, que a estrutura do Programa não contempla a participação de outros profissionais da área da saúde. Dessa forma, as atividades educativas realizadas ficam ao encargo exclusivamente das enfermeiras. Assim, a abordagem multiprofissional não é priorizada. Tal fato pode gerar uma lacuna no processo educativo, visto que conhecimentos científicos de outras áreas da saúde não são abordados no programa.

Serrano González (1998) aponta cinco princípios que devem contemplar um método educativo em saúde. O princípio da significatividade considera a experiência prévia dos indivíduos acerca dos problemas de saúde. O princípio motivacional põe em crise os conhecimentos prévios; dessa forma, motiva-se o indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos. No princípio da conscientização, o problema de saúde é exaustivamente discutido, e dessa maneira emergem reflexões e reconstruem-se conhecimentos, sedimentando a experiência educativa. O princípio da concretização exige que os objetivos do processo educativo sejam claros a todos participantes. Por fim, o princípio da interdisciplinaridade baseia-se no de fato que, no processo educativo, para que o indivíduo possa refletir de forma integrada, são necessárias diferentes dimensões de conhecimentos.

Entretanto, salienta-se que nenhum desses princípios foram preconizados no processo educativo do Programa de preparo de alta dessa instituição hospitalar, pois esse acontece de uma forma menos reflexiva e mais direcionada para aquisição de conhecimentos transmitidos pelas enfermeiras.

Assim, questiona-se: o Programa de preparo de alta desenvolvido pelas enfermeiras ao idoso acometido por Acidente Vascular Cerebral, na percepção do cuidador familiar, consegue atender às necessidades de cuidados do idoso a serem realizados no domicílio? O cuidador familiar sente-se capacitado para realizar o cuidado no contexto domiciliar mediante as orientações recebidas no ambiente hospitalar? Além das atividades propostas pelo Programa aos idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral, o cuidador familiar

visualiza outra(s) atividade(s) que o Programa possa oferecer para otimizar os cuidados após a alta hospitalar?

Poucos são os estudos brasileiros na área de Saúde e Enfermagem que contemplem o preparo de alta hospitalar. No entanto, este tema é amplamente abordado na literatura americana.

Haddock (1991) verificou a satisfação de pacientes idosos, de diversas instituições de saúde americanas, em relação à estrutura e ao processo de programas de alta hospitalar. Os resultados indicam maior satisfação dos idosos no tocante à estrutura e ao processo dos programas mais consolidados. Ainda sugere que enfermeiras iniciem o planejamento da alta a partir da admissão do paciente na instituição, pois permite ao familiar estruturar, com antecedência, o ambiente domiciliar para as necessidades do idoso.

Closs e Tierney (1993) sugerem que o tempo de hospitalização, a satisfação com o preparo de alta recebido, os problemas após alta hospitalar e as reinternações sejam aspectos considerados na avaliação de um programa de alta hospitalar. Os mesmos citam que Naylor, em 1990, ao avaliar o plano de alta para idosos nos Estados Unidos, categorizou os resultados em três grupos: repercussões para o paciente, repercussões para a família e custos resultantes do cuidado. No entanto, referem que os resultados do cuidado devem ser avaliados em termos da satisfação do paciente com o plano de alta, após a ocorrência desse evento, para analisar se o suporte fornecido foi adequado.

Marin e Angerami (2000), ao avaliarem a satisfação de idosas e cuidadores com o planejamento da alta hospitalar realizado por enfermeiras, em um Hospital Universitário da cidade de Marília, São Paulo, constataram que, no momento da alta hospitalar, 92% dos entrevistados sentiram-se em condições de dar continuidade aos cuidados no contexto domiciliar; 94% afirmaram que as orientações foram fornecidas de maneira clara e

compreensível e 96% declararam ter recebido ajuda nos aspectos que consideraram necessários.

Assim, cabe observar que os dados oriundos da literatura apontam tanto para a importância da orientação de preparo de alta, como para a necessidade de desenvolver pesquisas nessa área. Da mesma forma, o crescimento do número de idosos, no Brasil, apresenta-se como um problema de Saúde Pública na medida em que o Sistema de Saúde, muitas vezes, não encontra-se preparado para dar respostas eficientes relativas à prevenção de doenças e atenção aos idosos enfermos (MINAYO e COINBRA JR., 2002).

Também, a falta de autonomia de idosos, geralmente, implica custos elevados para o sistema de saúde, e, provavelmente, tal fato ocorra pelo crescimento de hospitalizações e por um aumento das despesas pagas pelos SUS a partir dessas internações. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os gastos com internações hospitalares, no ano de 2000 (janeiro a outubro), corresponderam a R\$ 372.204.094,80, sendo que os idosos acima de 60 anos consumiram R\$ 97.204.707,60, o que equivale a 26% dos recursos. Por sua vez, o número de internações totalizou 827.808, sendo que 173.531 ocorreram em idosos acima de 60 anos, tendo o custo médio de R\$ 560,16 por hospitalização/ano/idoso.

Por fim, é preciso considerar que as estratégias de preparo de alta hospitalar devem ser iniciativas subsidiadas e aperfeiçoadas, com a finalidade de fornecer indicativos para a Educação em Saúde a cuidadores familiares e a pacientes idosos com Acidente Vascular Cerebral.

Com base em tais aspectos, propõe-se esta investigação, que contribuirá para o aperfeiçoamento do Programa de preparo de alta de um Hospital Universitário.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a percepção do cuidador familiar de idosos com Acidente Vascular Cerebral sobre o Programa de preparo de alta para o paciente portador de seqüelas neurológicas de um Hospital Universitário.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a opinião do cuidador familiar sobre o Programa de preparo de alta;
- Verificar a percepção do cuidador familiar sobre a adequação das orientações fornecidas pelos profissionais do Programa no que se refere às demandas de cuidado do idoso;
- Identificar a percepção do cuidador familiar sobre os pontos de melhoria do Programa.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão da literatura oportuniza a busca de aspectos teóricos capazes de embasar a construção do objeto da pesquisa. Assim, os temas abordados serão idoso com Acidente Vascular Cerebral, aspectos demográficos e epidemiológicos; idoso com Acidente Vascular Cerebral portador de seqüelas neurológicas; preparo de alta como estratégia à educação em saúde; e o Programa de preparo de alta hospitalar – do surgimento à atualidade.

#### 3.1 IDOSO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Atualmente, a proporção de idosos, no Brasil, corresponde a 9,1%. Já no Estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, essa proporção corresponde a 10,4% e 11,3% respectivamente (IBGE, 2001, BRASIL, 2002 e BRASIL, 2003b). Assim, verifica-se que, no Estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, a proporção do número de idosos já alcança percentuais similares a de países desenvolvidos, nos quais essa proporção é cerca de 15%.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) descrevem que o crescimento anual da população brasileira com mais de 60 anos está em torno de 2,5% ao ano. Já a esperança de vida para uma pessoa ao completar 60 anos corresponde em média a 17,6 anos a mais de vida. Porém, para a região sul, essa média eleva-se para 18,2 anos (BRASIL, 2002). Esses dados demonstram que,

além do crescimento da população idosa em números, também estamos atingindo idades mais avançadas ao decorrer dos anos.

Dessa forma, essa população passa a ficar mais vulnerável ao acúmulo de doenças crônico-degenerativas, bem como ao surgimento de incapacidades em decorrência das mesmas e do próprio envelhecimento, visto que as pessoas com faixa etária mais elevada são as que têm maior suscetibilidade para o desenvolvimento desses agravos. Esses fatos sinalizam a necessidade de que sejam estabelecidas políticas e estratégias de saúde focadas nessa população.

Nesse sentido, destaca-se o exposto pelo Anuário Estatístico de Saúde (BRASIL, 2003a), ao afirmar que, nas últimas décadas, o país vem modificando seu perfil epidemiológico, a partir do aumento do número de ocorrências de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Esse fato decorre tanto pelo crescimento da população idosa como pelo controle de doenças infecto-contagiosas, bem como pela diminuição de óbitos infantis.

A mudança no perfil epidemiológico, em decorrência do aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, influencia as causas de morbidade e mortalidade da população brasileira. Dados do Ministério da Saúde apontam que as doenças do aparelho circulatório (Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Cardíaca) apresentam-se como causa morte de 32% da população neste país. No entanto, o município de Porto Alegre apresenta esse índice um pouco mais elevado, em 33,4% (BRASIL, 2003b).

As causas de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, no ano de 2001, apresentaram maiores índices para gravidez, parto e puerpério, 24%; doenças do aparelho respiratório, 16%; e doenças do aparelho circulatório, 10%. Porém, assim como os demais dados, o município de Porto Alegre apresenta índices mais elevados, tendo 12,4% de internações hospitalares para doenças do aparelho circulatório, na população em geral;

porém, esse índice aumenta para 32,6% para a faixa etária de 65 anos ou mais (BRASIL, 2001 e BRASIL, 2003b). Pode-se inferir que essa característica apresentada neste município ocorra em função de uma proporção maior de idosos quando comparada com o padrão nacional.

Santos et al. (2001), ao estudarem 442 prontuários de idosos egressos de Hospital Universitário de Porto Alegre, no período de fevereiro de 2000 a janeiro de 2001, contataram que 34,2% dos idosos apresentavam como diagnóstico médico Doenças do Aparelho Circulatório. Apontam ainda que o tempo médio de permanência hospitalar foi de 9,6 dias, sendo que as Doenças do Aparelho Circulatório, as Neoplasias e as Doenças Osteomusculares são responsáveis por acarretar maior permanência nessa instituição.

Dados do Ministério da Saúde apontam que, no ano de 2002, na cidade de Porto Alegre, 32,6% das internações hospitalares, na faixa etária de 65 anos ou mais, tiveram como causa Doenças do Aparelho Circulatório. Já 17,5% correspondiam a Doenças do Sistema Respiratório; e 11,3%, às Neoplasias (BRASIL, 2002).

### 3.2 O IDOSO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PORTADOR DE SEQÜELAS NEUROLÓGICAS

As doenças crônico-degenerativas, associadas a outras patologias, são responsáveis por maior período de permanência hospitalar e desenvolvimento de incapacidades em idosos; dessa maneira, afetam a qualidade de vida e oneram a família e a sociedade (DUARTE, 1994; MEDINA, SHIRASSU e GOLFEDER, 1998).

Entre as doenças crônico-degenerativas, o Acidente Vascular Cerebral apresenta-se a mais conhecida como geradora de seqüelas neurológicas (ANDRADE e RODRIGUES, 1999). Karcsh e Leal (1998) apontam que as seqüelas neurológicas oriundas do Acidente

Vascular Cerebral (AVC), agregadas às limitações fisiológicas do idoso, acabam, muitas vezes, incapacitando-o para o desenvolvimento de suas atividades da vida diária, acarretando a responsabilidade dos cuidados à família. Esta, por vez, não está suficientemente preparada para o suprimento da demanda de cuidados, por desconhecimento do problema, falta de orientação para fornecer esse atendimento no momento da alta hospitalar, bem como problemas econômicos, entre outros.

Segundo Bortolozzo (1999), as seqüelas neurológicas mais freqüentes apresentadas por pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral são a hemiplegia 57 a 92%, a alteração da linguagem 46 a 57%, a alteração da deglutição 30 a 40% e a alteração da sensibilidade 26 a 46%. Esses dados corroboram os achados por Felgar, (1998) que, ao caracterizar pacientes acometidos pelo primeiro episódio de Acidente Vascular Cerebral, verificou que as seqüelas neurológicas mais comuns de acometerem os pacientes são a hemiplegia parcial, com 70,2%; a alteração da deglutição, em 84,6%; e as dificuldades de cognição e comunicação, presente em 52,2% dos casos.

Ao estudar cuidadores familiares de pacientes com Acidente Vascular Cerebral, Perlini (2000) constatou que, no preparo para a alta hospitalar, 82% dos cuidadores receberam informações sobre a doença de seu familiar e 77,1% foram informados da possibilidade de permanência de seqüelas, mesmo que temporárias. No entanto, quando questionados quanto ao recebimento de orientações para o seguimento dos cuidados ao paciente para o contexto domiciliar, aproximadamente 55% responderam que não receberam esclarecimentos sobre cuidados quanto à higiene do paciente, 42,9% não foram orientados sobre a mudança de decúbito e prevenção de úlceras de pressão, 54,3% não receberam informações sobre uso de fraldas, 77,1% não foram orientados quanto à dieta por sonda, 65,7% não foram informados quanto à dificuldade de alimentar-se, 54,3% não foram informados quanto à necessidade de equipamentos para deambulação e 45,7% não receberam orientações para o risco de quedas.

Os dados de Felgar (1998) apontam que as seqüelas neurológicas mais freqüentes, após o episódio do AVC, apresentadas pelos participantes de seu estudo, são a dificuldade de deglutição e a hemiplegia. Confrontando com os achados de Perlini (2000), nos quais grande parte dos participantes não foram orientados, durante a permanência hospitalar, sobre os cuidados necessários para esses problemas, percebe-se a lacuna entre o cuidado hospitalar e o preparo para o cuidado domiciliar. Assim, instituições hospitalares, através de seus profissionais da área da saúde, muitas vezes, não encontram-se preparadas para fornecer o suporte adequado, referente ao preparo para a alta hospitalar, a pacientes com AVCe seus cuidadores familiares.

Estudos realizados por Mendes (1998), Silva (1998) e Alvarez (2001) com cuidadores familiares constataram que, durante o período de hospitalização, muitas vezes esses familiares não são suficientemente orientados pelos profissionais de saúde no que se refere aos tratamentos necessários para a recuperação da saúde do idoso com Acidente Vascular Cerebral. Dessa maneira, o idoso recebe alta sem que a família esteja informada para o desenvolvimento dos cuidados no contexto domiciliar. Nesse sentido, sugerem que as instituições de saúde criem programas com a finalidade de minimizar o impacto na vida do idoso e de sua família, causado pelas seqüelas neurológicas oriundas dessa doença.

Ao agrupar, conforme as Necessidades Humanas Básicas Afetadas, os motivos de internação dos idosos, Santos et al. (2001) apontam que 37,8% necessitavam de Educação para a Saúde, 29% possuíam a percepção dos órgãos e sentidos afetados e 16% apresentavam problemas relacionados às eliminações. Na ocasião da alta hospitalar, os principais cuidados de enfermagem apresentados pelos idosos foram: 22% cuidados relacionados à higiene, 19% para os cuidados referentes aos órgãos dos sentidos e 19% para os cuidados da regulação vascular.

Para Alvarez (2001), os serviços públicos de saúde devem ir ao encontro dos idosos e de suas famílias através da implementação de programas que ofereçam assistência integral ao idoso dependente, fornecendo, assim, um adequado atendimento das necessidades, a fim de estagnar ou recuperar essas incapacidades, além de proporcionar um apoio ao idoso e sua família. Sugere, também, que esses serviços desenvolvam ações educativas para essa população, visando ao exercício da cidadania e promoção à saúde.

Sob tal perspectiva, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas ao idoso com Acidente Vascular Cerebral e ao seu cuidador familiar, para o fornecimento de orientações relativas aos cuidados das suas incapacidades. Dessa forma, o Programa de preparo à alta hospitalar apresenta-se como uma estratégia para suprir essa demanda apontada através da bibliografia estudada.

### 3.3 PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O preparo de alta hospitalar é uma estratégia de Educação em Saúde que contribui para que o paciente e sua família sejam capazes de continuar os cuidados, iniciados no âmbito hospitalar, visando à manutenção ou melhora do estado de saúde, bem como possibilitando condições para tornar o paciente com o máximo de autonomia possível no contexto domiciliar (MARIN e ANGERAMI, 2000).

Conforme Serrano González (1998), a Educação em Saúde é um processo que requer programas, objetivos e métodos próprios, engendrados por abordagem educativa específica, tendo como propósito a aquisição de comportamentos positivos em relação à saúde, a adoção

de atitudes preventivas e a tomada de decisões conscientes e coerentes para promoção da saúde.

Diferentes abordagens em Educação e Saúde vêm sendo utilizadas nos serviços de saúde. Frequentemente, as mais utilizadas têm sido as que privilegiam os aspectos preventivos, responsabilizando os indivíduos pelas suas condições de saúde. Esses são orientados para o autocuidado e, quando não apresentam comportamentos considerados adequados, comumente sentem-se culpados pelo fato de estarem doentes e necessitando de cuidados (LIMA, 1996). Tal autora identifica quatro enfoques à Educação em Saúde, apontados por Stotz e Tones, que são:

- o enfoque **educativo**, que caracteriza-se pelas ações dos profissionais em saúde serem voltadas para a informação sobre os riscos à saúde em nível individual. Essas desenvolvem-se principalmente nos serviços, tendo como sujeito da ação o educador, que pressupõe que as possibilidades de acesso às informações são iguais a todos.
- o enfoque **preventivo**, que visa ao comportamento individual. As primícias desse enfoque estão na abordagem dos fatores de risco desencadeadores de doenças através da elaboração de diversos programas que incitem o indivíduo a evitar determinados hábitos. Dessa forma, os que optassem por um estilo de vida sadio expressariam a eficácia da educação.
- o enfoque **radical**, que parte do princípio da união dos educadores e cidadãos, engajados na luta política pela sociedade orientada para transformar as condições geradoras de doenças. Buscam, desta forma, envolver o Estado nessas questões e fazer com que este perceba a necessidade de mudanças estruturais da sociedade.

- o enfoque para o **desenvolvimento pessoal**, que tem sido pouco utilizado pelos serviços de saúde. Sua finalidade é o desenvolvimento pessoal de agentes de saúde e usuários para que tenham a capacidade de controlar suas vidas.

No entanto, apesar dessas abordagens serem as mais utilizadas nos serviços de saúde, verifica-se que, algumas vezes, essas não alcançam as respostas desejadas aos pacientes, como a aquisição de comportamentos mais saudáveis, a autonomia para o desenvolvimento do cuidado à saúde, bem como a transformação do indivíduo em agente ativo no processo educativo em saúde, com a aquisição de atitudes mais reflexivas e coerentes acerca do seu problema de saúde.

Para Silva (2001), a Educação em Saúde, conforme diferentes objetivos e perspectivas metodológicas, compõe dois grupos. O primeiro tem ênfase no poder e na autonomia, em que a educação é a ferramenta básica para a obtenção do saber, em um processo de interação cultural e social, revelando e legitimando saberes científicos e populares de conscientização. Esses saberes darão ao homem condições de direcionar as ações em saúde em nível coletivo e individual como práticas sociais. O segundo grupo enfatiza a formação de condutas, cujo indivíduo é o centro do processo de mudança. Nessa perspectiva, os indivíduos ou grupos são passíveis de mudanças, desde que sofram uma “educação adequada”. O objetivo final da Educação em Saúde nesse enfoque é a obtenção de um comportamento saudável por parte do educando. Esse vem ao encontro do que destacam Mosquera e Stobäus (1984), ao afirmarem que Educação para a Saúde visa dar aos indivíduos melhores e mais eficazes conhecimentos e práticas de saúde, objetivando sua auto-educação para toda a vida.

Para Serrano González (1998), a eleição de um método educativo tem sua importância na medida em que pode criar condições favoráveis para atingir os objetivos educativos que são traduzidos em níveis de saúde dos indivíduos. A autora destaca, ainda, algumas características que devem contemplar um método para Educação em Saúde, que são: princípio

da significatividade, princípio motivacional, aprofundação e concentração, princípio da interdisciplinaridade e princípio da concretização.

A partir dessas características do processo educativo, Serrano González (1998) desenvolveu uma metodologia de trabalho para a Educação em Saúde que se divide em três momentos, denominada VJA (VER, JULGAR e AGIR). Para a autora deste estudo, essa metodologia é outra forma de trabalho que poderia ser adotada no processo educativo ao preparo de alta hospitalar aos cuidadores familiares do programa.

VER é a fase em que o educador busca conhecer a percepção que o indivíduo a ser educado possui acerca do problema de saúde posto em questão, bem como conhecer suas crenças, os valores que orientam suas condutas de saúde e as informações prévias sobre o problema. Nessa fase, poder-se-ia ter um panorama da clientela a ser participante do processo educativo.

JULGAR é a fase da reflexão crítica, da formulação de problemas. Nesta fase, a tarefa é conceituar o todo que emergiu na fase anterior, bem como compreender e explicar o problema de saúde em todas as suas dimensões. Nesse momento, o educador tem um papel fundamental, pois explica determinadas terminologias acerca do problema, responde a eventuais questionamentos e promove reflexões sobre o problema exposto.

AGIR é o último momento; nessa fase, os aspectos anteriormente discutidos com o indivíduo são a base para rever comportamentos individuais e estratégias coletivas para o desenvolvimento de ações preventivas, objetivando a promoção da saúde. Um processo educativo culmina com a aplicação do que foi aprendido, mudando comportamentos e atitudes, adquirindo compromissos pessoais e desenvolvendo alternativas sobre o problema posto em questão. Esse momento seria a oportunidade para as enfermeiras constatarem se o que foi discutido com os cuidadores familiares foi suficiente para o alcance do objetivo do programa.

Assim, a iniciativa do Hospital Universitário, através do Programa de preparo de alta, constitui-se em uma estratégia à Educação em Saúde na medida em que as enfermeiras envolvidas configuram-se como educadoras em saúde de pacientes e cuidadores familiares, sendo esses últimos foco da atenção para ações educativas. Dentre os modelos acima, evidenciam-se os caracteres preventivo e educativo expostos por Lima (1996), bem como a formação de condutas, exposta por Silva (2001), Mosquera e Stobäus (1984) nas práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras do Programa.

#### 3.4 O PROGRAMA DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR - DO SURGIMENTO À ATUALIDADE<sup>1</sup>.

Com o objetivo de fornecer orientações aos familiares cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas, em 1996, através da iniciativa de duas enfermeiras, iniciou-se, em um Hospital Universitário de Porto Alegre, o Grupo de Orientações ao Familiar do Paciente Adulto com Seqüelas Neurológicas (GPSEN). Essa iniciativa surgiu através da prática cotidiana dessas enfermeiras no atendimento a esse tipo de demanda. O grupo tinha o intuito de preparar o familiar para a continuidade dos cuidado no âmbito domiciliar, após a alta hospitalar. Inicialmente, esse grupo funcionava, de forma incipiente, apenas na unidade de internação clínica dessa instituição.

O grupo funcionava de acordo com as necessidades de orientações, conforme o relato dos familiares. Assim, as enfermeiras sanavam as dúvidas, bem como faziam outros esclarecimentos que julgavam necessários. Essa experiência desencadeou um estudo,

---

<sup>1</sup> As informações para a construção deste capítulo foram extraídas do artigo intitulado “Integrando a família no cuidado ao paciente com seqüelas neurológicas” de autoria de Schneider, S.B et al.. In prelo na Revista

juntamente com a colaboração de um docente, intitulado “Construindo o Cuidado de Enfermagem para a Alta Hospitalar de Clientes com Seqüelas Neurológicas” (BALENSIEFER, 1998). Tal estudo teve o objetivo de verificar quais eram as demandas de orientações dos familiares cuidadores dos pacientes. O resultado dessa pesquisa proporcionou às enfermeiras estruturarem as orientações a serem trabalhadas nos encontros grupais. Assim, organizou-se, em forma de “slides”, um material instrucional para os participantes.

Em 2000, o GPSEN foi estendido às demais unidades de internação clínica dessa instituição. Dessa forma, mais duas enfermeiras foram agregadas, a fim de atender à demanda de participantes. Também outras atividades foram incluídas, como a “Busca Ativa” e a “Orientação à Beira do Leito”. A primeira tinha como objetivo cadastrar todos os pacientes portadores de algum tipo de seqüela neurológica internados na área de abrangência do grupo. A segunda objetivava fornecer orientações ao familiar à beira do leito, com a participação do paciente, bem como convidá-los a participar do encontro grupal.

Atualmente, o Programa<sup>2</sup> de preparo para a alta hospitalar é composto por duas enfermeiras e uma estudante de enfermagem. Além dessa atividade, as enfermeiras executam funções assistenciais em uma unidade de internação clínica nesse hospital.

De segunda à sexta-feira, a estudante de enfermagem desenvolve atividades referentes ao programa, no horário das 8 horas às 12 horas. Já as enfermeiras comparecem de terça à sexta-feira, das 9 horas às 12 horas, em dias alternados.

Nas segundas-feiras, das 8 horas às 12 horas; e de terças à sextas-feiras, das 9 horas às 10 horas e trinta minutos, são realizadas as atividades de Busca Ativa e Orientação à beira do Leito. Nessas atividades, a estudante, bem como as enfermeiras, entram em contato com a

---

Brasileira de Enfermagem, 2004, bem como, de entrevista com as enfermeiras que atualmente realizam esta atividade.

<sup>2</sup> Optou-se por utilizar a palavra “Programa” para referenciar à todas as atividades do Grupo de Orientação ao Familiar do Paciente Adulto com Seqüelas Neurológicas. Assim, tenta-se evitar confusão quando referir-se à atividade grupal e ao Grupo de Orientações.

enfermeira responsável pela unidade, naquele turno, e esta indica os pacientes internados naquela unidade, que são portadores de seqüelas neurológicas.

Então, as integrantes do Programa apresentam-se ao paciente e aos seus familiares, caso estejam presentes, e apresentam o programa, convidando-os a participar. Quando o paciente não tem condições mentais para expressar sua vontade e seu familiar não está presente, é realizada uma nova visita, com o intuito de encontrar o familiar para que esse participe do encontro grupal. Após cada visita ao leito do paciente, a enfermeira registra no prontuário as orientações realizadas à beira do leito, junto ao paciente e/ou seu cuidador familiar.

Também é realizado um cadastro (Anexo A) desenvolvido pelas enfermeiras do GPSEN, com o intuito de registrar as necessidades de orientações frente às limitações dos pacientes. Também há um formulário (Anexo B) para controle das orientações já fornecidas. Esses documentos ficam arquivados, sob a responsabilidade das enfermeiras do Programa. Somente pacientes que apresentem algum comprometimento físico são cadastrados junto ao programa.

O encontro grupal é realizado às sextas-feiras e tem a duração de uma hora. Nele, os assuntos abordados emergem a partir do relato das demandas de orientação dos familiares. Assim, a atividade promove, ainda, a troca de experiência entre os participantes e o intercâmbio de informações sobre as necessidades do paciente.

Atualmente, as enfermeiras pertencentes ao Programa entendem que esse não objetiva o preparo de alta hospitalar, mas sim uma readaptação para essa nova situação, ou seja, para o paciente e seus familiares conviverem melhor com as limitações. Isso se deve ao fato de que nem todos os assuntos relativos ao preparo de alta são abordados – como, por exemplo, uso de medicações e realizações de exames - por esses serem considerados de responsabilidade médica.

## **4 CAMINHO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

É um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa, segundo Polit e Hungler (1995).

### **4.2 CENÁRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado nas unidades de internação clínica de um Hospital Universitário por serem essas contempladas com o Programa de preparo de alta a portadores de seqüelas neurológicas. Essas unidades caracterizam-se pela internação de pacientes com complicações clínicas de diversas especialidades médicas.

### **4.3 PARTICIPANTES**

Os participantes deste estudo foram 12 cuidadores familiares de 9 idosos com Acidente Vascular Cerebral com seqüelas neurológicas das unidades clínicas de um Hospital

Universitário, no período de fevereiro a maio de 2004. Esses foram escolhidos intencionalmente, através dos seguintes critérios para inclusão:

- ser cuidador familiar de idoso com Acidente Vascular Cerebral com seqüelas neurológicas internado em unidade clínica dessa instituição;
- ter participado da orientação à beira do leito e em pelo menos um encontro grupal do programa de preparo de alta e;
- ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram o cuidador familiar não concordar em participar do estudo ou não ter condições físicas e/ou mentais para responder aos questionamentos.

Conforme o quadro 1, que segue abaixo, no que se refere ao sexo dos participantes do estudo, verifica-se um predomínio do sexo feminino como cuidador familiar. Em relação à idade, percebe-se que apenas dois cuidadores familiares são idosos. No que tange ao grau de parentesco, a maioria dos cuidadores é filha do idoso portador de AVC. Quanto ao estado civil desses, a maioria é casado. Seis dos participantes são oriundos da Região Metropolitana de Porto Alegre. Possuem ocupações diversas e com uma média de instrução de aproximadamente 10 anos. A maioria mora com o idoso, e nenhum deles teve participação anterior no Programa. Seis dos participante desta pesquisa são os cuidadores de referência do idoso no domicílio.

Sujeito	Sexo	Idade	Parentesco	Estado civil	Procedência	Ocupação atual	Anos de instrução	Mora com o idoso	Experiência anterior em cuidar de idosos	Participação anterior no programa	Cuidador de referência no domicílio
S1	F	55	Esposa	casada	Região Metropolitana	Do lar	5	Sim	Sim	Não	Sim
S2	M	36	Sogro	casado	Interior do Estado	Téc. Agrícola	11	Sim	Não	Não	Não, pois dividirá os cuidados com a esposa
S3	F	31	Filha	casada	Interior do Estado	Do lar	11	Sim	Sim	Não	Não, pois dividirá os cuidados com o esposo
S4	F	68	Irmã	solteira	Porto Alegre	Aposentada	4	Sim	Não	Não	Sim
S5	M	43	Filho	casado	Região Metropolitana	Pedreiro	8	Sim	Não	Não	Sim
S6	F	29	Filha	casada	Região Metropolitana	Serviços gerais	11	Não	Não	Não	Sim
S7	F	27	Filha	solteira	Porto Alegre	Serviços gerais	11	Sim	Não	Não	Sim
S8	M	77	Esposo	casado	Região Metropolitana	Aposentado	12	Sim	Não	Sim	Não, dividirá os cuidados com 2 filhas
S9	F	23	Neta	casada	Região Metropolitana	Estudante	12	Sim	Não	Não	Não, dividirá os cuidados com a mãe
S10	F	52	Filha	separada	Região Metropolitana	Do lar	8	Não	Sim	Não	Não, dividirá os cuidados com a irmã e com o pai
S11	F	46	Filha	casada	Região Metropolitana	Secretária	12	Não	Não	Não	Não, dividirá os cuidados com a irmã e com o pai
S12	F	42	Filha	casada	Porto Alegre	Auxiliar Administrativo	12	Não	Sim	Não	Sim

**Quadro 1 - Caracterização dos Participantes do Estudo**

Fonte: CESAR, A.M. Percepções de Cuidadores Familiares sobre o Programa de Preparo de Alta Hospitalar ao Idoso Acometido por Acidente Vascular Cerebral: Indicativos à Educação em Saúde. Dissertação de Mestrado: Porto Alegre, 2004.

Em anexo (Anexo C) encontra-se a caracterização dos 9 idosos cujos 12 familiares cuidadores participaram do estudo. Sete pertencem ao sexo feminino, e a idade varia de 63 a 79 anos. Entre as morbidades identifica-se, como sendo as mais apresentadas, o diabetes mellitus do tipo 2, a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial sistêmica. Quanto as necessidades básicas afetadas, destacam-se as referentes à regulação neurológica, eliminação urinária e intestinal, integridade cutâneo-mucosa, cuidado corporal e atividade física/locomoção.

No anexo D encontram-se as orientações fornecidas pelo Programa aos participante no que se refere à demanda de cuidados de seu familiar. Percebe-se que todos receberam orientação quanto à necessidade da higiene, conforto e mobilização do idoso. Tais orientações referem-se a higienizar a cavidade oral, posicionar o paciente com almofadas e travesseiros, realizar mudança de decúbito, entre outras.

Também destaca-se a orientação sobre alimentação por via oral, bem como a estimulação visual, auditiva e verbal. Ressalta-se que alguns familiares receberam orientações quanto aos cuidados com o cuidador. Tais orientações contemplam a divisão de tarefas com demais cuidadores e a importância do cuidador familiar ter atividades de lazer e diversão em seu cotidiano.

#### 4.4 ENTRADA NO CAMPO

A entrada no campo para a coleta dos dados aconteceu posteriormente à aprovação do estudo pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Instituição Hospitalar (ANEXO E). Após, o estudo foi exposto à Chefia responsável pelo Programa de preparo de alta hospitalar dessa

instituição. Posteriormente, as enfermeiras que executam o Programa foram informadas do desenvolvimento deste estudo, e foi solicitada a colaboração para este, bem como foi realizada uma entrevista para esclarecer o funcionamento atual do Programa.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A busca pelo cuidador familiar do idoso com Acidente Vascular Cerebral portador de seqüelas neurológicas ocorreu através dos registros pertencentes ao Programa de preparo de alta hospitalar. Dessa forma, soube-se quais pacientes e seus cuidadores familiares estavam participando das atividades do Programa. Os registros ficavam armazenados em uma sala localizada em uma das unidades de internação da instituição hospitalar, que era disponibilizada às enfermeiras do Programa. No entanto, no decorrer da coleta de dados esta unidade foi fechada para reforma, ficando assim o Programa sem sala. Dessa forma, a busca aos participantes, a partir de abril, ocorria sempre às sextas-feiras, através de contato direto com as enfermeiras do Programa, após realizarem o grupo com os familiares.

Após, a pesquisadora avaliava quais os participantes preenchiam os critérios de inclusão do estudo; então, convidava-os a participar desta investigação. Esses eram informados dos objetivos do estudo, dos requisitos de participação e da garantia de anonimato na pesquisa. Aos cuidadores familiares que concordaram em participar do estudo foram fornecidas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que foram ambas assinadas pelo participante, bem como pela orientadora e pela pesquisadora do estudo, que realizou a coleta de dados. Uma das vias ficou em poder do cuidador familiar e a outra da pesquisadora. A coleta de dados iniciava-se somente após esse procedimento.

A coleta ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada cujo modelo está no Apêndice B. Também foi preenchida uma ficha informativa do cuidador familiar e de seu idoso (Apêndice C).

Triviños (1987) entende por entrevista semi-estruturada aquela que não só favorece a descrição dos fenômenos, mas sua explicação e compreensão, dentro tanto de sua situação específica quanto de suas dimensões maiores, permitindo a presença atuante do pesquisador.

A coleta dos dados ocorreu até a saturação dos mesmos; ou seja, a partir do momento em que a pesquisadora teve informações suficientes e que repetidamente coincidiam, foi encerrada a busca de participantes, de acordo com Polit e Hungler (1995).

As entrevistas ocorreram em salas de aula disponíveis nas unidades de internação clínica da instituição hospitalar. No momento da entrevista com o cuidador familiar, estava presente apenas a pesquisadora, pretendendo assim proteger o participante do estudo de possíveis constrangimentos. O registro das informações fornecidas pelo cuidador familiar foi armazenado através da gravação em fitas-cassetes que, após a transcrição, foram destruídas.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo, segundo Moraes (1998). Essa técnica constitui-se, em um primeiro momento, da leitura exaustiva do material a ser analisado, seguido de sua codificação. Para a identificação das entrevistas de cada participante foi utilizada a letra do alfabeto “S” (sujeito) seguida de um algarismo numérico arábico seqüencial, iniciado pelo algarismo “1”. Posteriormente, recortou-se o material em unidades de significados, sendo que cada unidade recebeu uma identificação

numérica crescente e sequencial. A seguir, as unidades semelhantes foram agrupadas, formando os temas que, finalmente, deram origem às categorias.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos dos indivíduos envolvidos, levando em consideração os aspectos éticos apontados pelas Diretrizes Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com a resolução 196 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Cada participante, no momento da coleta de dados, recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que esclareceu sua participação no estudo.

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa e Ética da Instituição Hospitalar na qual o estudo foi realizado. A coleta dos dados iniciou somente após aprovação pelo Comitê, conforme consta em Anexo E.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir da análise dos dados, estabeleceram-se quatro categorias, sendo que três foram pré-estabelecidas, conforme os objetivos específicos, e uma foi emergente, segundo quadro que segue:

CATEGORIAS	TEMAS
OPINIÃO SOBRE O PROGRAMA (pré-estabelecida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satisfação com o programa</li> <li>– Aquisição de competências</li> <li>– Aspectos relacionados com a organização</li> <li>– Repercussões sociais do programa</li> </ul>
ADEQUAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES ÀS DEMANDAS DE CUIDADOS (pré-estabelecida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Incentivo da autonomia a partir do conhecimento adquirido</li> <li>– Aprendizado resgatando a cidadania</li> <li>– Reconhecimento da importância da interação familiar</li> </ul>
PONTOS DE MELHORIA (pré-estabelecida)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sobre o funcionamento</li> <li>– Participação dos familiares</li> <li>– Aprendizagem facilitada pela troca de experiência</li> </ul>
REPERCUSSÕES DO SER CUIDADOR (emergente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliação do estar no mundo</li> <li>– O idoso cuidador de outro idoso</li> <li>– Sentimentos desencadeados pelo agravo à saúde</li> <li>– Carência financeira</li> </ul>

**Quadro 2 - Categorias e temas**

Fonte: CESAR, A.M. Percepções de Cuidadores Familiares sobre o Programa de Preparo de Alta Hospitalar ao Idoso Acometido por Acidente Vascular Cerebral: Indicativos à Educação em Saúde. Dissertação de Mestrado: Porto Alegre, 2004.

## 5.1 OPINIÃO SOBRE O PROGRAMA

Nessa categoria surgiram quatro temas: satisfação com o Programa, aquisição de competências para o cuidado, aspectos relacionados à organização e repercussões sociais do Programa.

### 5.1.1 Satisfação com o programa

Apesar de o Programa em estudo estar funcionando há menos de uma década, os participantes ressaltam a atitude dos profissionais no que se refere ao carinho e à dedicação dispensados no trabalho junto ao Programa. Também referem não ter participado de nenhuma estratégia parecida com o Programa, bem como a ausência de orientações prévias para o desenvolvimento do cuidado ao seu familiar.

*(...) o carinho, a dedicação, a gente não tem nada para reclamar.  
(S.1.4)*

*(...) nunca tinha participado de nada, de nenhum programa parecido com esse, eu gostei. (S.6.7)*

*(...) a mãe já está assim (com AVC) há alguns anos, mas é a primeira vez que a gente recebe orientações sobre os cuidados (S.11.1)*

Haddock (1991) verificou em, seu estudo, a satisfação não de cuidadores, mas sim de pacientes idosos, de diversas instituições americanas, em relação à estrutura e ao processo de

programas de alta hospitalar. O autor constatou que os idosos que participam de programas mais consolidados apresentam maior nível de satisfação.

O preparo de alta hospitalar constitui-se em uma estratégia de Educação em Saúde a partir do momento em que esse processo possui programa, objetivos e métodos próprios, engendrados por uma abordagem educativa. (SERRANO GONÇALEZ, 1998; MARIN E ANGERAMI, 2000). No entanto, poucas instituições de saúde desenvolvem estratégias similares as desse programa. Nesse sentido, visualiza-se a necessidade de incentivar a criação de programas com mesmo intuito.

Em estudo realizado por Perlini (2000), os cuidadores familiares afirmam ter aprendido cuidados sobre seu idoso portador de AVC durante a internação hospitalar. No entanto, quando questionados sobre a forma de aprendizagem, enfocam a observação e o auxílio na realização de procedimentos junto às enfermeiras ou auxiliares de enfermagem. Essa situação demonstra um caráter informal de aprendizagem refletido pela ausência de um processo educativo em saúde que os prepare para os cuidados no âmbito domiciliar, bem como que seja programado, com objetivos e métodos de aprendizagem como é preconizado por Serrano Gonzalez (1998). Haddock (1991) salienta a importância de que o preparo de alta inicie no momento da internação do idoso.

Os entrevistados destacam, ainda, a aquisição de conhecimentos, após a participação no Programa, para o cuidado de seu familiar, bem como a satisfação com o conhecimento obtido.

*Apesar de eu já fazer muitas coisas, aqui eu aprendi outras que vão auxiliar bastante no cuidado com a mãe. Então, eu gostei bastante do programa. (S.12.1)*

*O que eu precisava aprender assim, fazer assim, em um paciente no estado da minha irmã, eu estou satisfeita. (S.4.8)*

Percebe-se que o processo educativo, nesse caso, foi embasado pelo **enfoque educativo** exposto por Lima (1996), no qual as ações dos profissionais em saúde estão voltadas para a informação à saúde. Também, em relação à satisfação dos participantes com o Programa, Marin e Angerami (2000), em seu estudo, constataram que a maioria dos idosos sentiu-se satisfeito com as orientações fornecidas durante o preparo de alta hospitalar. Essas autoras destacam que um programa de preparo de alta hospitalar pode contribuir significativamente para que a família e o idoso sejam capazes de continuar, no âmbito domiciliar, os cuidados iniciados na instituição hospitalar. Assim, criam-se possibilidades de manutenção ou melhora no estado de saúde do idoso, bem como a independência desse para as atividades de vida diária, sempre que suas condições permitirem.

### **5.1.2 Aquisição de competência para o cuidado**

Nesse tema os participantes referem que receberam orientações antes desconhecidas por eles. Destacam também que, após a alta hospitalar, as orientações fornecidas pelo Programa, certamente, auxiliarão no cuidado no âmbito domiciliar, bem como o fazarão as habilidades adquiridas e a transformação, a partir do conhecimento apreendido, para realizar o cuidado.

*Aprendi cuidados muito importantes que antes desconhecia. (S.7.12)*

*(...) com esse programa, em casa, a gente sabe o que fazer. (S.9.1)*

*Então, essas orientações vão ajudar em tudo isso aí que a mãe vai precisar quando for para casa. (S.11.5)*

*Até inclusive ela disse para gente colocar um travesseirinho no meio das pernas, para não causar feridas no joelho, e no cotovelo uma toalha (...). (S.3.1)*

*(...) para mim esclareceu muita coisa, até então eu não sabia nada, até o movimento, até o jeito de levantar ele, agora eu já sei, agora eu já não levanto pelo braço lesado (...). (S.5.1)*

Perlini (2000), em estudo com cuidadores familiares de pacientes com AVC, constatou que tais cuidadores, no preparo para alta hospitalar, receberam orientações sobre a doença de seu familiar (82%) e sobre a possibilidade da permanência de seqüelas (77,1%). Porém, a autora constatou que mesmo 45% dos cuidadores tendo recebido orientações sobre a higiene do paciente, 42,9 não foram orientados sobre a mudança de decúbito e prevenção de úlceras de pressão, 54,3% não receberam orientação sobre o uso de fraldas, 77,1% não foram orientados quanto à dieta por sonda, 65% não tiveram orientação sobre a dificuldade de alimentar-se, 54,3% não foram informados quanto à necessidade de equipamentos para deambulação, e 45% não receberam orientação para o risco de queda.

Neste estudo, conforme o citado pelos participantes, esses foram subsidiados para o desenvolvimento do cuidado do idoso através do enfoque educativo, apontado por Silva (2001), para a **formação de condutas** em que os indivíduos são “educados” à aquisição de comportamentos mais saudáveis, transformando, dessa forma, a maneira de realizar o cuidado. Os depoimentos também vêm ao encontro do que destaca Mosqueira e Stobäus (1984), para quem a Educação para a Saúde visa proporcionar aos indivíduos conhecimento mais eficaz, objetivando sua auto-educação para toda a vida.

### **5.1.3 Organização do programa**

Os participantes ressaltam, nesse tema, a importância dos recursos instrucionais utilizados no processo de aprendizagem. Também reconhecem a valorização do saber popular por parte das enfermeiras

*(...) além das informações em audiovisual, além das informações no grupo, do pequeno grupo, ela passou um material com exercícios, mostrando como exercitar e como movimentar o idoso (...). (S.2.3)*

*(...) tem muitos chás, tem muita gente que até receita chá, ela não aconselha, mas também não diz que não faça. (S.3.6)*

Conforme os diferentes objetivos e perspectivas metodológicas apontados por Silva (2001), em um processo educativo em saúde um dos enfoques que pode ser encontrado é o do **poder e da autonomia**. Segundo essa abordagem, a educação é a ferramenta básica para a obtenção do saber e deve estar coerente com os contextos cultural e social do indivíduo. Dessa forma, revelam-se e legitimam-se saberes científicos e populares de conscientização que darão, ao educando, condições de direcionar as ações de saúde em nível coletivo e individual como práticas sociais.

Essa abordagem educativa é verificada na prática das enfermeiras, conforme o relato do cuidador familiar (S.3), ao referir que, apesar de a enfermeira não aconselhar o uso de chás, ela também não desmerece o saber popular. Dessa forma, estimula a autonomia do indivíduo na busca de práticas de saúde que estejam contextualizadas social e culturalmente. Percebe-se também, no relato do participante S.2, os diferentes recursos instrucionais utilizados no processo de aprendizagem com a finalidade de fixar o conhecimento pertinente ao processo educativo. Assim, identifica-se uma abordagem educativa voltada para a **formação de condutas** nas quais os indivíduos são o centro do processo de mudança (SILVA, 2001).

A partir do depoimento dos entrevistados, percebe-se no processo educativo que esse atende ao princípio da significatividade, proposto por Serrano González (1998), ou seja, considera a experiência prévia dos indivíduos acerca dos problemas de saúde. Os entrevistados, ainda, avaliam a estratégia utilizada para divulgação dos encontros grupais e reconhecem que a necessidade de orientação para o cuidado foi suprida com o processo de aprendizagem.

*Ela sempre passa no quarto convidando, convidando não, porque o convite já foi feito, ela vai relembrando, às vezes a pessoa esquece. (S.3.7)*

*(...) eu tenho dúvidas, eu pergunto na hora e elas me esclarecem aquilo que eu quero saber. (S.7.8)*

A partir desses relatos, verifica-se a preocupação das enfermeiras com o aprendizado dos participantes do Programa de preparo de alta hospitalar, tanto na insistência para que esses participem do encontro grupal quanto na preocupação em esclarecer as dúvidas referentes às orientações que subsidiam o processo de cuidado.

Tais ações das enfermeiras denotam a atenção ao princípio motivacional e ao da conscientização propostos por Serrano González (1998). O primeiro, através de estratégias, põe em crise os conhecimentos prévios, motivando o indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos. Já o segundo discute exaustivamente os problemas de saúde, provocando reflexões e reconstruções de conhecimentos da experiência concreta do educando cuidador.

#### **5.1.4 Repercussões sociais do programa**

Nesse tema é destacado, pelos participantes, que o conhecimento adquirido no Programa vai ser compartilhado com a rede social e familiar.

*(...) a gente tem um amigo nosso que há pouco deu derrame também, então a gente pode repartir com ele o que a gente aprendeu aqui no grupo. (S.3.2)*

*E agora eu vou ter que passar para minha mulher e para minha guria, que cuidam em casa dele (...) (S.5.2)*

Evidencia-se, na fala do participante S.3, a preocupação em comungar desse conhecimento com a rede social. Infere-se que esse fato ocorra talvez pela escassez de estratégias educativas para os cuidados com portadores de AVC nos serviços de saúde. Dessa forma, muitas vezes, o responsável pelos cuidados busca recursos fora das instituições de saúde para auxiliá-lo nessa tarefa.

Velasquez et al.(1998) ressaltam que os serviços públicos de saúde não contemplam as necessidades dos idosos; quando muito, garantem a internação na ocorrência do AVC. Outros recursos para auxiliar nos cuidados são dificilmente conseguidos, e sequer informações sobre a doença e orientações sobre os cuidados são recebidos. Dessa forma, o suporte aos cuidadores advém da construção de uma rede social ou familiar de apoio.

Serrano González (1998) salienta que a Educação em Saúde não é uma hipótese abstrata, mas sim uma realidade que responde às necessidades de saúde e à possibilidade objetiva de adquirir comportamentos positivos relativos à saúde. Assim, os participantes demonstram a aquisição de uma atitude preventiva em relação à promoção da saúde, comportamentos positivos e processo de comunicação eficaz, enquanto auxiliam sua rede de apoio familiar e social na resolução de questões relacionadas com a saúde.

## 5.2 ADEQUAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES ÀS DEMANDAS DE CUIDADOS

Nessa categoria emergiram os seguintes temas: incentivo da autonomia a partir do conhecimento, aprendizado resgatando a cidadania e reconhecimento da importância da interação familiar.

### 5.2.1 Incentivo à autonomia a partir do conhecimento

Nesse tema, os participantes ressaltam que, a partir do conhecimento, passaram a incentivar a autonomia do seu familiar. Destacam também que, através do contato direto da enfermeira com o idoso, ele próprio iniciou o desenvolvimento de estratégias para a sua própria recuperação.

*Mas em casa, se ela ficar na cama, ela vai se acomodar na cama. Então, tem que incentivar para ele levantar. (S.7.11)*

*(...) ela (a enfermeira) foi até o banheiro e mostrou para ele como esfregar a barriga com a mão doente, também a cabeça. Já hoje, na hora do banho, eu vi quando ele estava tentando esfregar a barriga e a cabeça. Ele está se esforçando. (S.1.3)*

O Acidente Vascular Cerebral é uma doença que, muitas vezes, incapacita seu portador para as atividades de vida diária. Por isso, a busca da autonomia é um fator de extrema importância para a melhora do quadro de dependência. Nesse sentido, o cuidador familiar deve incentivar o idoso a realizar as tarefas cotidianas, e não fazê-las para ele. Mesmo que esse processo seja mais demorado, essa atitude pode trazer maior satisfação e melhoras para o idoso. É importante que o cuidador tenha paciência e espere que seu familiar consiga concluir a atividade (MEDINA, SHIRASSU e GOLDFEDER, 1998).

Bocchi (2001) destaca que o modo de cuidar desenvolvido por um familiar de um portador de AVC deve integrar, no processo de reabilitação, o incentivo à autonomia, considerando-o como sujeito participativo e ativo de sua recuperação. Ressalta, ainda, três formas de praticar esse incentivo, que são estimular o restabelecimento de movimentos, reorientar o doente no tempo e espaço e oferecer outros cuidados que possam ajudar na recuperação. Essa atitude é externada na fala do cuidador familiar S.7, quando refere a intenção de incentivar seu idoso a movimentar-se, com o intuito de não deixá-lo acomodar-se, buscando, dessa forma, a reabilitação da seqüela estabelecida.

Acredita-se que a autonomia do sujeito só é alcançada a partir de um processo educativo que, segundo a metodologia proposta por Serrano González (1998), contemple o conhecimento da realidade; a reflexão, formulando problemas; e a ação reconstrutora de comportamentos e atitudes em relação ao problema de saúde foco do processo educativo.

### **5.2.2 Aprendizado resgatando a cidadania**

Os entrevistados referem, nesse tema, que, a partir das orientações fornecidas pelo Programa de preparo de alta, os participantes perceberam a importância do resgate da cidadania de seu familiar tanto na relação entre o ser cuidador e o ser cuidado como no convívio social.

*(...) então eu acho que isso aí vai ser eu ajudando ela e ela também se ajudando. (S.6.6)*

*O que me interessa é o bem estar dele. No momento em que ele participar do movimento da rua, ele vai respirar melhor. (S.5.8)*

Os serviços públicos de saúde devem ir ao encontro do idoso com Acidentes Vasculares Cerebrais em conjunto com seu cuidador. Tais serviços devem desenvolver ações educativas que promovam à saúde, bem como o exercício da cidadania (ALVAREZ, 2000). Segundo o relato dos participantes S.6 e S.5, pode-se perceber que a ação educativa exercida no Programa de preparo de alta hospitalar contempla tanto a promoção à saúde como o exercício da cidadania, nesse caso, para ambos, cuidador familiar e idosos portadores de AVC.

Segundo Silva (2001), a educação é a ferramenta básica para a obtenção do saber no processo de interação cultural e social, revelando e legitimando saberes científicos e populares de conscientização. Esses saberes darão à pessoa condições de exercer sua cidadania, através da reconstrução das suas ações, em nível individual e coletivo, no âmbito social.

### **5.2.3 Reconhecendo a importância da interação familiar**

Nesse tema é destacada a importância da interação familiar no processo de recuperação, bem como o apoio emocional à família dispensado no processo grupal do Programa de preparo de alta hospitalar.

*(...) como é importante a participação do familiar. (S.7.19)*

*E esse grupo, eles estão ajudando até nessa parte psicológica. (S.7.14)*

O Sistema Público de Saúde, no Brasil, não encontra-se organizado para atender a demanda de pacientes idosos portadores de Acidente Vascular Cerebral. Esse não abarca políticas ou programas de saúde que contemplem as necessidades integrais dessa clientela, bem como de seus cuidadores. Essa realidade atribui à família, quase com exclusividade, a

responsabilidade dos cuidados no contexto domiciliar. Velasquez et al. (1998) apontam que os cuidadores familiares, ao serem atendidos pelo Sistema de Saúde, não conseguem obter um atendimento que seja suficiente para trazer resultados positivos à saúde de seu familiar. Sem alternativa, aceitam o que lhes é cedido, assumindo o encargo de lidar com o paciente no restrito círculo familiar.

Marin e Angerami (2000) salientam que, em decorrência de vários fatores, os idosos, algumas vezes, recebem alta e retornam para as famílias com uma gama de problemas que demandam assistência de alta complexidade. Dessa forma, a interação da família passa a ter um papel fundamental no contexto de um portador de AVC, pois é ela que passa a assumir os cuidados de saúde desse indivíduo. Neste sentido, o programa de preparo de alta hospitalar é visualizado com uma estratégia que minimiza essa situação, integrando a família e fornecendo não apenas suporte para os cuidados, mas também apoio emocional para o desenvolvimento dessa tarefa.

No auxílio à interação entre o idoso com AVC e seu cuidador familiar, a linguagem não-verbal pode contribuir no processo. Sabe-se que, muitas vezes, a dificuldade de fala é apresentada por esses pacientes. Assim, entender a linguagem não-verbal subsidia ao cuidador conseguir perceber o que o idoso deseja. Tal fato contribui para que o familiar realize adequadamente ações desejadas pelo idoso. No entanto, é no convívio permanente entre o idoso portador de AVC e seu cuidador familiar que tais habilidades vão sendo desenvolvidas. Assim, o olhar, o toque, a respiração, o movimento espontâneo, enfim, qualquer forma de comunicação, podem contribuir para essa interação (BURLÁ, 2004).

É bom lembrar que a família brasileira atual diminuiu de tamanho. Novos arranjos surgiram, como, principalmente, as famílias chefiadas por mulheres, as só formadas por mulheres ou as só formadas por homens, além das chefiadas por idosos. Porém, todas buscam reproduzir, muitas vezes, o modelo idealizado de um lar sem conflitos. Tratando-se de

famílias com pessoas que exigem cuidados especiais, como os idosos doentes e dependentes, é necessário um fortalecimento de solidariedade intergeracional para que a vida possa ser vivida plenamente por todos os componentes da família até o fim (MEDEIROS, 2004).

### 5.3 PONTOS DE MELHORIA

Nessa categoria emergiram os temas: sobre o funcionamento, quanto à participação dos familiares, e a aprendizagem facilitada pela troca de experiência.

#### 5.3.1 Sobre o funcionamento

Nesse tema os participantes referem que os encontros grupais deveriam ter mais opções de horários e serem disponibilizados em outros dias da semana. Outros ainda ressaltam que esperam que cada vez o Programa se aperfeiçoe ainda mais.

*Eu acho que tinha que ter mais reuniões, não só às sextas-feiras. Em outros dias também, ou outras opções de horários. (S.9.5)*

*Espero que melhore mais ainda. (S.5.10)*

As enfermeiras que realizam o Programa de preparo de alta hospitalar o fazem como uma ação diferenciada dentro da instituição hospitalar. Essa atividade, somada à assistência prestada diariamente em uma unidade de internação no período da tarde, completam o total de

horas semanais exigidos pela instituição. Assim, essas possuem dificuldades de executar o Programa em outro período que não seja o da manhã.

Porém, não há impedimento para que sejam realizados em outros dias, além das sextas-feiras, os encontros grupais, conforme sugestão do participante S.9. No entanto, a opção de novos horários precisaria da agregação de novas enfermeiras que desenvolvessem suas atividades assistenciais nas unidades de internação no período da manhã. Com isso, poder-se-ia alcançar uma maior flexibilidade de horários e dias dos encontros grupais, bem como estender o Programa a mais pacientes internados nessa instituição hospitalar.

Conforme a fala do participante S.5, poder-se-ia inferir a sugestão da inclusão de outros profissionais no processo educativo do programa para que, segundo ele, melhorasse mais ainda. Essa possibilidade vai ao encontro do que diz Serrano Gonzalez, (1998) para quem a maioria dos problemas de saúde requer uma abordagem de diversas perspectivas e alguns princípios devem estar contemplados em um processo educativo. Um deles é o **princípio da interdisciplinaridade**, que baseia-se no fato de que o processo educativo não se reduz a uma só dimensão; dessa forma, para que o indivíduo possa refletir sobre os problemas de saúde de forma integrada, é necessário que tal processo seja abordado através de diversas dimensões.

### 5.3.2 Quanto à participação dos familiares

Nesse tema os participantes destacam que as enfermeiras deveriam insistir mais para que os familiares participassem do encontro grupal. Também ressaltam que essa participação deveria ser obrigatória.

*(...) tinha que ser uma coisa mais obrigatória de participar. (S.9.5)*

*Só de ela (a enfermeira) ir no quarto e insistir mais, insistir para os familiares participarem. (S.10.5)*

O processo educativo baseado na ênfase **no poder e na autonomia** prevê que o sujeito da ação em saúde é o próprio indivíduo, tornando-o autônomo para suas decisões de saúde a partir do momento em que tem o poder de escolha. (SILVA, 2001). No entanto, no relato dos participantes, fica evidenciada a necessidade de uma obrigatoriedade quanto à participação no Programa. Tal fato pode justificar-se pelo princípio motivacional de Serrano González (1998), pois a obrigatoriedade pode colocar em crise os conhecimentos prévios, desse modo motivando a pessoa para novos conhecimentos, oferecendo novidades que inquietem, interroguem e provoquem crises no conhecimento prévio.

Assim, sugere-se não a obrigatoriedade, mas, talvez, a divulgação do Programa através da distribuição de cartazes e folderes sobre o Programa ao ser cuidador do idoso com AVC e ao ser portador de AVC. Por exemplo, nos corredores da instituição poderia haver cartazes questionando: “Você é cuidador de idoso que usa sonda para se alimentar? Caso seja, estamos a sua disposição para conversarmos sobre o assunto, em tal dia e telefone”. Acredita-se que a divulgação de atividades de Educação para a Saúde é muito precária e tem que ser, inclusive, profissionalizada.

### **5.3.3 Aprendizagem facilitada pela troca de experiência**

Nesse tema fica evidenciado que os participantes percebem que a troca de experiências com os demais familiares no encontro grupal contribui para o processo de aprendizagem.

*Cada um tem um problema diferente do outro, de repente, tem uma sugestão que vai me ajudar que eu não saberia. (S.3.5)*

Em estudo realizado por Silva (1998), com cuidadoras de idosos portadores de AVC, refere-se a necessidade, apontada pelas participantes, de trocar experiências com outros cuidadores, bem como de obter informações sobre a doença e aprender sobre os cuidados com profissionais de saúde. A troca de experiências, com a finalidade de melhorar o processo de aprendizado, é evidenciada no relato do cuidador familiar S.3, quando refere que alguma sugestão verbalizada por outro familiar talvez possa a vir ajudá-la.

Para Serrano González (1998), alguns princípios devem ser contemplados em um método para a Educação em Saúde, como o **princípio da significatividade**, que parte da premissa à experiência prévia dos indivíduos com os problemas de saúde a serem trabalhados. Nesse princípio, leva-se em consideração a informação que o indivíduo possui sobre o problema, as experiências vivenciadas, o que conhecem sobre o tema em questão e as atitudes ante esse problema. Dessa forma, inicia-se a construção do discurso educativo, bem como os principais elementos para a reflexão de aprendizagem. Assim, troca de experiências é um momento que deve ser inserido em um processo educativo para que se atinja a promoção da saúde. Percebe-se que o **princípio da significatividade** está contemplado no processo grupal do programa de preparo de alta hospitalar, a partir do momento em que possibilita a troca de experiências prévias entre os participantes.

#### 5.4 REPERCUSSÕES DO SER CUIDADOR

Nessa categoria surgiram os seguintes temas: avaliação do estar no mundo, o idoso cuidando de idoso, enfrentando agravos à saúde e vivenciando a carência financeira.

### 5.4.1 Avaliação do estar no mundo

Neste tema os participantes destacam a crise engendrada pelo agravo à saúde do idoso e refletem sobre o estar no mundo.

*E eu também nunca pensava, a gente nunca pensa na vida o que vai vir por trás, o que está vindo para mim. Eu tenho a minha irmãzinha que mora comigo, e assim vai, a cabecinha bem fraquinha, não demora muito eu também vou ficar que nem ela. (S.4.3)*

Andrade e Rodrigues (1999) referem que os sentimentos vinculados ao cuidador familiar de um idoso portador de Acidente Vascular Cerebral estão ligados às dificuldades, às privações que demandam sua condução, às crenças e aos valores culturais, bem como à visão de mundo construída pelo cuidador ao longo de sua vida. Na fala do participante S.4, evidencia-se o sentimento de surpresa com o agravo de saúde, e, frente a esse quadro, ele visualiza o seu processo de envelhecer e até mesmo cogita a possibilidade de encontrar-se na mesma situação futuramente.

Ao se aproximar da velhice e da doença do outro, o cuidador familiar depara-se com o seu próprio envelhecimento e finitude. Tal aproximação pode desencadear sentimentos de medo e angústia devido à representação social que o idoso possui em nossa sociedade como uma pessoa inválida, dependente e sem autonomia (LAVINSKY E VIEIRA, 2004).

Ao assumir a condição de cuidador, redefine-se e cria-se novas relações no seu fazer. Uma nova imagem de si é construída, tanto para si como para o outro. Esse é um processo

dialético, que leva o cuidador familiar a transformar e a construir um novo “eu”. Tal atitude insere-se em situações de agravo à saúde do idoso, nas quais ambos têm uma história comum compartilhada. Essa relação é interpessoal, densa de trocas, mediada pela atividade de cuidar e pelos sentimentos que fluem de ambos. Assim, cuidar de um idoso dependente envolve uma relação subjetiva, que é reconstruída num tempo e num espaço de interdependência que envolvem o passado, o presente e o futuro (MENDES, 1998).

#### **5.4.2 O Idoso cuidador de outro idoso**

Os participantes referem nesse tema a condição de ser idoso cuidador de outro idoso. Também destacam que, mesmo com dificuldades para exercer o cuidado, não abrem mão de fazê-lo em função do vínculo familiar existente.

*Eu estou com muita coragem de fazer isso, mas agora eu não sei, só Deus vai saber até que ponto eu vou saber fazer. O que eu queria dizer para sra. é que a minha mão já está salpicando, eu tenho problema de diabete, úlcera varicose na perna, então o coração volta e meia dispara um pouquinho. Eu tenho chorado muito, só de falar nela, mas não há de ser nada, Deus é maior. Se tiver coragem, faz parte da vida, agora abandonar, jamais, eu jamais me separei da minha irmã, não vou abandonar a minha irmã, num asilo, num albergue (...) (S.4.10)*

A esperança de vida para uma pessoa ao completar 60 anos corresponde em média a 17,6 anos mais de vida. Porém, para a região sul, essa média eleva-se para 18,2 anos (BRASIL, 2002). Tal processo pode acarretar em um quadro social de idosos sendo cuidados por outros idosos. Esse, ao assumir a sobrecarga do cuidado, sem qualquer suporte ou informação, pode ser submetido a esforços físicos e emocionais que o transformam em um doente a curto prazo ou até mesmo agravam as patologias já estabelecidas, caso não sejam

garantidos os meios de prevenção. Tal situação requer o estabelecimento de políticas e programas de saúde que contemplem tanto o paciente quanto o cuidador familiar (VELASQUEZ, et al, 1998).

No relato do participante S.4, um dado que se sobressai é a resignação em institucionalizar seu familiar. Mesmo relatando que tem dificuldades para exercer o cuidado, esse familiar cuidador não abre mão de fazê-lo. Felgar (1998) constatou que, em um primeiro momento do episódio do AVC, 30,6% dos cuidadores receberam sugestões para asilarem seus doentes; no entanto, a maioria retornou para o domicílio. Esse fato decorre dos sentimentos desencadeados pelos cuidadores familiares de abandono de seu idoso, sendo essa uma alternativa indesejável por estes.

Caldas (2002) refere que, na tentativa de evitar hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento do idoso, é importante a parceria entre profissionais de saúde e cuidadores familiares. Essa atitude deve possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador, conforme é preconizado na Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999. Tal Política ainda recomenda que o atendimento ao idoso deve ser realizado pela própria família, em detrimento do atendimento asilar. No entanto, para assumir essa responsabilidade, o idoso e sua família necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclua desde o acompanhamento domiciliar pelo serviço de saúde da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida; porém, essa rede é escassa em nosso país.

### 5.4.3 Sentimentos desencadeados pelo agravo à saúde

Nesse tema os participantes ressaltam que não pensavam que iriam passar por tal situação, ou seja, que seriam cuidadores de uma pessoa portadora de AVC. Também destacam que é preciso ter paciência, pois às vezes o familiar cuidador encontra-se sem saber o que fazer diante da situação.

*Porque, muitas vezes, as pessoas não têm o cuidado, não sabem nem como vão cuidar de uma pessoa assim, ai se desesperam. As vezes não têm paciência ou não aceitam a pessoa... ter que cuidar de uma pessoa assim e ficam revoltados. (S.1.5)*

*(...) a gente fica muito perdida quando tem um familiar, mãe, principalmente, quando a gente tem uma pessoa assim, a gente fica totalmente perdida. (S.7.1)*

Uma das características do Acidente Vascular Cerebral é seu surgimento súbito. Nas demais doenças crônico-degenerativas, de evolução lenta, o envolvimento da família com os cuidados é gradual, muitas vezes permitindo espaço para a preparação psicológica e para a assimilação de conhecimentos sobre a doença. O cuidador familiar, diante dessa situação inusitada, depara-se com uma demanda de cuidados que, muitas vezes, não está preparado para exercer. Esse contexto desencadeia sucessão de experiências que pode levá-lo a um desgaste físico e emocional, transformando-se em uma situação estressora (VELASQUEZ et al., 1998).

Caldas (2002) considera que os sentimentos desencadeados no cuidador de um idoso portador de uma patologia crônica podem oscilar entre a esperança de melhora e a angústia do conhecimento de que a condição é irreversível. Também é comum o sentimento de culpa

desencadeado por situações em que o cuidador perde a paciência com o idoso. A raiva é outro sentimento vivenciado pelo cuidador e manifesta-se em situações de conscientização do quadro de dependência de seu familiar, pela falta de apoio tanto da família como dos serviços de saúde e pelo próprio fato de ser o cuidador.

Lavinsky e Vieira (2004), ao estudarem cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral no âmbito domiciliar, constataram que a atividade de cuidar de um pessoa dependente é uma tarefa complexa e árdua. Tal atividade confere sobrecarga de trabalho, responsabilidades, sobrecarga financeira, incertezas e cansaço físico, desencadeando sentimentos de culpa, angústia, insegurança e desânimo, gerando uma situação estressora.

Cuidar de um familiar idoso com AVC no domicílio é uma atividade nova, para que muitas pessoas ainda não encontram-se preparadas. O cuidar apresenta-se ao cuidador como uma atividade estressante, não apenas pelo fato de consumir grande parte de seu tempo, mas também por ser uma rotina que está inserida no próprio espaço doméstico, e pode ser processada pelo desencadeamento de sentimentos incluindo o defrontar-se com a fragilidade e a finitude da vida (MENDES, 1998).

#### **5.4.4 Vivenciando a carência financeira**

Os participantes, nesse tema, têm dificuldades para adquirir elementos necessários para desenvolver o cuidado no âmbito domiciliar devido à carência financeira. Ressaltam ainda que esperam um auxílio da instituição hospitalar para suprir essa lacuna.

*Só de ela não pode andar, ela esta precisando de várias coisas, de fraldas, remedinhos caro, que eu não posso, que eu não tenho, fralda,*

*alimentação. Ela está precisando dessas coisa, então eu estou esperando que o hospital vai me dar esse apoio para mim. (S.4.5)*

A utilização de familiares para desenvolver os cuidados no âmbito domiciliar já não é incomum na realidade brasileira. Sobretudo quando refere-se de idosos com Acidente Vascular Cerebral que demandam um conjunto de cuidados que, muitas vezes, tornam-se onerosos financeiramente para a família (LAVINSKY E VIEIRA, 2004).

Bocchi (2004) refere que, muitas vezes, o cuidador familiar de um idoso com AVC apresenta dificuldades em permanecer no emprego, pois o tempo dispensado nas atividades de cuidado não compatibiliza com a jornada de trabalho. Tal fato acarreta um abandono do emprego ou a redução da carga horária, mas ambas atitudes trazem como consequência uma diminuição da renda familiar que, o afetará o orçamento doméstico.

Karsh e Leal (1998) referem que o impacto financeiro para lidar com um idoso incapacitado por Acidente Vascular Cerebral é desconhecido no Brasil. Esse tem início desde a internação hospitalar, prosseguindo com as adaptações necessárias no âmbito domiciliar, bem como para a aquisição de equipamentos que contribuam à reabilitação física. Sem insumos para desenvolver o cuidado, o familiar busca, na prática, a melhor forma de realizá-los, usando criatividade e originalidade (MENDES, 1998).

Neste sentido, Perlini (2000) destaca que os serviços públicos, tanto de saúde como de assistência social, não disponibilizam aos cuidadores familiares os recursos materiais necessários para o desenvolvimento do cuidado no contexto domiciliar. A autora ressalta que, muitas vezes, o familiar cuidador busca auxílio para a aquisição dos insumos para o cuidado junto à comunidade ou em outras organizações não-governamentais.

Ao estudarem famílias cuidadoras de idosos fragilizados de classe popular, Creutzberg e Santos (2003) constataram a inexistência de suporte social a essas famílias. Como consequência, além das atividades de cuidado, essas assumem, também, o papel da seguridade social. Tal situação advém da escassez de políticas sociais que forneçam um suporte a

famílias cuidadoras de pessoas idosas, principalmente às que possuem baixos salários, estão desempregadas ou sobrevivem da renda provida por pensões ou aposentadorias.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crescente população idosa brasileira, bem como o aumento das doenças crônico-degenerativas em nosso meio, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), trazem a necessidade da implantação de ações no sistema de saúde para o atendimento dessa parcela da população. No entanto, a peculiaridade do portador de AVC é que essa doença, geralmente, acarreta incapacidades para o paciente, decorrentes das seqüelas estabelecidas. Com isso, a família fica encarregada dos cuidados devido ao desamparo encontrado, muitas vezes, no sistema de saúde.

Com isso, a iniciativa do Programa de preparo para a alta hospitalar estudado contribui para o atendimento frente a essa nova realidade. Esse, enquanto uma estratégia de Educação em Saúde, fornece subsídios para o suprimento da demanda de cuidados enfrentada pelo portador de AVC e seu cuidador familiar. Assim, a proposta deste estudo foi analisar a percepção do cuidador familiar de idosos com Acidente Vascular Cerebral sobre o Programa de preparo de alta para o paciente portador de seqüelas neurológicas de um Hospital Universitário, bem com conhecer sua opinião sobre o Programa, verificar a adequação das orientações recebidas em relação às demandas de cuidado e identificar os pontos de melhoria para o Programa.

Dados bibliográficos apontam que idosos sentem-se mais satisfeitos com programas de preparo de alta hospitalar que estejam mais consolidados no tocante à estrutura e ao processo. Apesar de haver menos de uma década desde o surgimento do Programa dessa Instituição hospitalar, os cuidadores familiares referem satisfação com o mesmo, bem como destacam essa estratégia como inovadora, pelo fato de não terem participado de algo parecido.

As sugestões referidas pelos participantes como pontos de melhoria do Programa foram referentes a uma maior oferta de dias e de novas possibilidades de horários para os

encontros grupais, bem como a estruturação de estratégias que tornassem obrigatória a participação do familiar ao programa. Nesse sentido, sugere-se à coordenação do Programa que possibilite a inclusão de outros dias para o encontro grupal, como também a ocorrência em outro turno que não seja apenas pela manhã.

Quanto à obrigatoriedade da participação ao Programa, esse fato vai de encontro ao preconizado por uma abordagem educativa que possibilita uma maior autonomia do sujeito na busca de ações que promovam sua saúde. No entanto, sugere-se a criação de estratégias de divulgação que coloquem em crise os conhecimentos para que possa ser, dessa forma, estimulada a participação do cuidador familiar junto ao Programa. Assim sugere-se a criação de folderes e cartazes que expliquem a finalidade do Programa. Essa atitude pode contribuir para um maior número de participantes, enriquecendo a troca de experiências entre os familiares, contribuindo dessa forma com o processo educativo.

Também sugere-se a inclusão de outros profissionais da área da saúde junto as atividades educativas do Programa. Dessa forma, outras áreas de conhecimento complementariam as orientações necessárias para os cuidados no domicílio do idoso com AVC para seu cuidador familiar, enriquecendo o processo educativo.

No que tange à adequação das orientações às demandas de cuidados, percebeu-se que, a partir das orientações fornecidas pelo Programa, há o incentivo à autonomia do idoso, tanto por parte do familiar quanto pelas enfermeiras. Tal atitude contribui para que o portador de Acidente Vascular Cerebral (AVC) restabeleça-se de suas seqüelas ou auxilie para que não evolua para um quadro de piora de seu estado de saúde. Dessa forma, essa atitude deve ser prevista em programas que destinam-se ao atendimento de um portador de AVC e seu familiar cuidador. Destacou-se, também, a importância da interação do cuidador familiar no processo de recuperação do idoso com quadro de AVC. Nesse sentido, deve-se estimular os serviços de saúde a integrá-lo no tratamento do doente, bem como esse deve passar a ser

também um foco de atendimento devido a sua importância no processo de recuperação do idoso.

As repercussões do ser cuidador apontaram para os sentimentos desencadeados pelo agravo à saúde do idoso portador de AVC, bem como para a carência financeira para dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar. Tal situação concorda com a idéia de diversos autores, para os quais os serviços de saúde devem ir ao encontro não só do ser doente, mas também de seu cuidador, com a implantação de políticas e programas que contemplem tal abordagem. Em relação à carência financeira, evidenciou-se a necessidade da implementação ou ampliação dos serviços sociais, bem como de uma rede social junto à comunidade, como uma maneira de suprir as necessidades do familiar para a tarefa do cuidado.

Ao final deste estudo, visualiza-se que, passados quase três anos da vivência desta autora junto ao Programa, o processo educativo atual evoluiu. O enfoque educativo e o preventivo expostos por Lima (1996), bem como para a formação de condutas de Silva (2001), Mosquera e Stobäus (1984), não são mais só os únicos utilizados. Constatou-se que os princípios educativos preconizados por Serrano González (1998) e utilizados como base neste estudo estão contemplados no processo educativo de preparo para a alta hospitalar desta instituição atualmente. No entanto, o único princípio que não foi identificado é o da interdisciplinaridade, pois só enfermeiras executam as atividades educativas.

Programas similares a esse podem modificar a situação, na qual cuidadores familiares, ao depararem-se com o agravo de saúde de seu familiar, ficam sem informações e orientações. Dessa forma, acabam construindo uma rede informal de apoio que pode ser na própria família ou na comunidade a que pertencem. Nesse sentido, estratégias similares a essa amenizariam o desamparo vivenciado pelo familiar em tal situação, contribuindo para uma melhor recuperação, restabelecendo incapacidades e/ou impedindo sua evolução, bem como podendo

evitar hospitalizações desnecessárias, onerando o sistema público de saúde com o aumento de seus gastos.

Devido ao pioneirismo de tal estratégia desenvolvida nesta instituição, bem como por tratar-se de um Hospital Universitário, visualiza-se a possibilidade de que se incentive mais a participação de alunos de graduação em enfermagem no seu cotidiano. Atualmente, há apenas uma graduanda participando das atividades do Programa; no entanto, poderia-se expandir a participação a mais alunos de graduação, com o intuito de fornecer um contato com uma iniciativa inovadora em Educação em Saúde.

Durante a construção do referencial deste estudo, percebeu-se a escassez de material bibliográfico que contemplasse programas de preparo de alta hospitalar ao idoso. Tal fato pode ocorrer devido ao nosso meio ser incipiente em tal estratégia, e assim o Programa estudado torna-se inovador e pioneiro. Dessa forma, sugere-se, além da criação e implantação de programas similares a esse, o desenvolvimento de estudos sobre iniciativas institucionais que executem preparo de alta hospitalar ao idoso com Acidente Vascular Cerebral.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M. **Tendo que cuidar: a vivencia do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

ANDRADE, O.G; ROGRIGUES, R.A.P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 90-109, 1999.

BALENSIEFER, M; et. al. Construindo o Cuidado de Enfermagem para a Alta Hospitalar de Clientes com Seqüelas Neurológicas: **projeto de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p. 21082-21085, 16 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil-2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[www.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm](http://www.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm)>. Acesso em 08 de maio de 2003a.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em 08 março de 2003b.

\_\_\_\_\_. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/sus/saude do idoso.html](http://www.saude.gov.br/sus/saude%20do%20idoso.html)>. Acesso em: 16 maio 2001.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.12, n. 1, p. 115-121, 2004.

BOCCHI, S.C.M. **Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC**. São Paulo, 2000. 145p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BORTOLOZZO, M.E. Acidente Vascular Cerebral. In: GRUPO DE RECURSOS HUMANOS. **Cuidado multidisciplinar ao paciente com lesão neurológica**. Porto Alegre: HCPA, 1999. mimeo.

BURLÁ, C. Envelhecimento e cuidados ao fim da vida. In: PY, L. et al. (org.) **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2004.

CALDAS, C.P. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos sobre Envelhecimento**, v.4, n. 8, p. 39-56, 2002.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CLOSS, S.J; TIERNEY, A.J. The complexities of using a structure, process and outcomes framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. **Journal Advanced Nursing**, v. 18, p. 1279-1287, 1993.

COSTA, M.A.M. Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde na formação dos enfermeiros. In: COSTA, M.A.M; et al. **O Idoso: Problemas e Realidades**. Coimbra: Formasau, 1999.

CREUTZBERG, M; SANTOS, B. R. L. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 6, p. 624-629, 2003.

DUARTE, M.J.R.S. Atenção ao Idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 2, n. 1, p. 100-111, 1994.

DUARTE, Y.A.O; CIANCIARULLO, T.I. Idoso, família e saúde na família. In: CIANCIARULLO, T.I, et al. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

FELGAR, J.A.S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

HADDOCK, K. S. Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 17, n. 7, p. 10-14, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de acompanhamento de domicílios**. Brasília: IBGE, 2001 Disponível em: <[www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/pnda99/tabela.shtm](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/pnda99/tabela.shtm)>. Acesso em 10 de abril de 2003.

KARSCH, U.M.S; LEAL, M.G.S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

LAVINSKY, A.E; VIEIRA, T.T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v.26, n.1, p. 41-45, 2004.

LIMA, M.A.D.S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.17, n.2, p. 87-91, 1996.

MARIN, M.J.S; ANGERAMI, E.L.S. Avaliação da satisfação de um grupo de idosas e cuidadores com o planejamento de alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.2, p. 265-273, 2000.

MARRA et al. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.2, n.4, P.123-127, 1989.

MEDEIROS, S.A.R. O lugar do velho no contexto familiar. In: PY, L. et al. (org). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU editora, 2004.

MEDINA, M.C.G; SHIRASSU, M.M; GOLDFEDER, M.C. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

MENDES, P.M.T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

MINAYO, M.C.S; COIMBRA, C.E.A.JR. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M.C.S; COIMBRA, C.E.A.JR. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MOSQUERA, J; STOUBÄUS, C. **Educação para a saúde: desafio para a sociedade em mudança**. Porto Alegre: D. C. Luzzatto Editores, 1984.

MORAES, R. Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise do conteúdo. IN: GRILLO, M.C; MEDEIROS, M.F. **A construção do conhecimento e sua mediação metodológica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

NAYLOR, M.D. Comprehensive discharge planning for the elderly. **Research in Nursing and Health**. v. 13, p. 327-347, 1990.

PERLINI, N.M.O.G. **Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. São Paulo, 2000. 123p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. **Os idosos do Rio Grande do Sul : relatório de pesquisa**. Porto Alegre: Conselho Estadual do Idoso, 1997.

SANTOS, S. C. **Enfermagem Gerontológica: reflexão à ação cuidativa**. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SANTOS, B.R.L; et al. **Caracterização de idosos egressos do hospital de clínicas de porto alegre: subsídios para o cuidado domiciliar.** Porto Alegre, 2001. mimeo.

SCHNEIDER, S.B et. al. Integrando a família no cuidador ao paciente com seqüelas neurológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, prelo, 2004.

SERRANO GONZÁLES, M.I.S. **La Educación para la Salud del siglo XXI: comunicación y salud.** Madri: Díaz de Santos, 1998.

SILVA, I.P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998.

SILVA, J.O. **Educação e Saúde: palavras e atos.** Porto Alegre: Da casa, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VELASQUEZ, M.D; et al. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U.M.S. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Alessandra Mendonça Cesar, e estou fazendo mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para obter o grau de mestre, estou realizando esta pesquisa, intitulada: “Percepções de familiares cuidadores sobre o programa de preparo de alta hospitalar ao idoso acometido por acidente vascular cerebral: indicativos à educação em saúde”, com o objetivo de saber qual é sua percepção sobre as atividades do programa de preparo de alta com o propósito de contribuir para a melhoria do atendimento.

Solicito sua colaboração para que possa realizar uma entrevista e gravar seu depoimento em fita-cassete. Comprometo-me a manter anonimato sobre sua identidade. Após cinco anos da publicação deste estudo, as fitas cassetes, bem como suas gravações, serão destruídas. Está assegurado, se você quiser, a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento.

Pelo presente Consentimento Livre e esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa. Fui igualmente informado(a): da garantia de fazer qualquer pergunta acerca da pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa; e da segurança de que não serei identificado, não sofrendo implicações futuras.

Como pesquisadora deste projeto (Alessandra Mendonça Cesar), coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários referentes à pesquisa nos telefones: [(0XX). 51.3247.1233 ou (0XX). 51.91398128], bem como a Professora orientadora Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos, no telefone: [(0XX) 51 3334.9016]

---

Nome e assinatura do participante

---

Alessandra Mendonça Cesar

---

Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos  
Professora Orientadora

Loca e data: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Apresentação:** Você foi escolhido para participar deste estudo por ser cuidador familiar de um paciente idoso acometido por Acidente Vascular Cerebral portador de seqüelas neurológicas. Gostaria de saber:

**Pergunta 1:** Qual a sua opinião sobre o programa de preparo de alta hospitalar?

**Pergunta 2:** Na sua percepção, as orientações fornecidas no programa de preparo de alta hospitalar auxiliaram no atendimento da demanda de cuidados do idoso? Por quê? De que maneira?

**Pergunta 3:** Você teria alguma sugestões para a melhoria do programa de preparo de alta hospitalar?

**Pergunta 4:** Gostaria de acrescentar algo?

Agradeço sua participação, bem como a sua disponibilidade em fornecer estas informações.

### APÊNDICE C - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

<b>CUIDADOR FAMILIAR</b>	
Sexo	Feminino ( 1 )                      Masculino ( 2 )
Idade	_____anos
Parentesco	( 1 ) esposo (a)                      ( 2 ) filho (a) ( 3 ) pai                                      ( 4 ) mãe ( 5 ) outro. Qual? _____
Estado conjugal	( 1 ) casado (a) ( 2 ) solteiro (a) ( 3 ) viúvo (a) ( 4 ) divorciado (a)/separado (a)
Procedência	( 1 ) Porto Alegre Bairro: _____ ( 2 ) Região Metropolitana Cidade: _____ ( 3 ) Interior do Rio Grande do Sul Cidade: _____ ( 4 ) Outro Estado Qual: _____
Ocupação Atual	_____
Anos de instrução	_____anos
Após alta, no contexto domiciliar, será o cuidador de referência do idoso? ( 1 ) SIM                                      ( 2 ) NÃO se não: Porquê? _____ _____ Quem será? _____	
<b>IDOSO</b>	
Sexo	Feminino ( 1 )                      Masculino ( 2 )
Idade	_____anos

Estado conjugal	( 1 ) casado (a) ( 2 ) solteiro (a) ( 3 ) viúvo (a) ( 4 ) divorciado (a)/separado (a)
Ocupação Atual	_____
Anos de instrução	_____anos
Procedência	( 1 ) Porto Alegre Bairro: _____ ( 2 ) Região Metropolitana Cidade: _____ ( 3 ) Interior do Rio Grande do Sul Cidade: _____ ( 4 ) Outro Estado Qual? _____
Primeiro episódio de AVC	( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO

## ANEXO A – FICHA CLÍNICA DE PACIENTES

FICHA CLÍNICA – GPSEN –

PACIENTE ADULTO COM LESÃO NEUROLÓGICA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) F ( ) M  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Procedência: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Data de Internação: \_\_\_\_\_  
 Data da Alta: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Especialidade: \_\_\_\_\_  
 Diagnósticos Médicos: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO(S) FAMILIAR(ES):

Nome	Sexo	Idade	Parentesco

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA SEREM TRABALHADOS NO GPSEN:

DE1-

DE2-

DE3-

DE4-

DE5-

DE6-

DE7-

DE8-

DE9-

DE10-

### ESTRUTURA DE APOIO:

- Institucionalizado (    )  
 - Familiar presente (    )  
 - Familiar ausente (    )

- Recebendo visita (    )  
 - Não está recebendo visita (    )

### ENCAMINHAMENTOS:

(    ) Enfermagem  
 (    ) Nutrição

(    ) Serviço Social  
 (    ) Psicologia

GRAU DE DEPENDÊNCIA: (    ) Total (    ) Parcial

- **Regulação Neurológica:** ( ) sem alterações ( ) com alterações  
 ( ) confusão mental  
 ( ) distúrbio da fala \_\_\_\_\_  
 ( ) alteração de memória \_\_\_\_\_  
 ( ) parestia \_\_\_\_\_  
 ( ) plegia \_\_\_\_\_
- **Alimentação / Hidratação:** ( ) sem alteração ( ) com alteração  
 ( ) distúrbio da deglutição  
 ( ) inapetência  
 ( ) alimentação por sonda:
- **Eliminação Urinária:** ( ) sem alteração ( ) com alteração  
 ( ) incontinência  
 ( ) retenção  
 ( ) drenos, ostomas, sondas:  
 ( ) uríperu
- **Eliminação Intestinal:** ( ) sem alteração ( ) com alteração  
 ( ) constipação  
 ( ) diarreia  
 ( ) incontinência  
 ( ) ostomas
- **Integridade Cutâneo-Mucosa:** ( ) sem alteração ( ) com alteração  
 ( ) úlcera sacra  
 ( ) úlcera trocantérica  
 ( ) úlcera calcânea  
 ( ) hiperemia: \_\_\_\_\_  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_
- **Cuidado corporal / Higiene e Vestir:**  
 ( ) dependente  
 ( ) semi-dependente  
 ( ) independente
- **Atividade Física / Locomoção:**  
 ( ) deambula  
 ( ) não deambula  
 ( ) deambula com auxílio
- Troca de decúbito ( ) dependente ( ) independente  
 Transferências ( ) dependente ( ) independente
- **Necessidades Psicossociais:**  
 Interação social ( ) sim ( ) não ( ) em parte  
 Capacidade em resolver problemas ( ) sim ( ) não ( ) em parte  
 Irritabilidade / Agressividade / Labilidade emocional ( ) sim ( ) não ( ) em parte
- **Assuntos de Interesse do Familiar:** ( ) SNE ( ) Prevenção de escaras ( ) Massagem de conforto  
 ( ) Eliminações ( ) Higiene ( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO DOS PACIENTES E FAMILIARES:

Grupo: ( ) participou ( ) não participou  
 Orientação à beira do leito: ( ) completo ( ) incompleto

\* Data: \_\_\_\_\_

\* Intervenções:

## ANEXO B – CONTROLE DE ORIENTAÇÕES

### Controle das Orientações

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome do Familiar: \_\_\_\_\_

Participações no grupo:	
Orientações a beira do leito:	

#### 1. ALIMENTAÇÃO:

##### 1.1 QUANTO A DIETA POR SNE/JEJUNOSTOMIA:

Cuidados	Orientado				
• Manter cabeceira elevada ou sentado					
• Localizar a posição da SNE					
• Encher o equipo antes de instalar a dieta					
• Controlar a velocidade da administração da dieta					
• Observar a fixação da SNE					
• Trocar fixação da SNE					
• Lavar corretamente a SNE após uso da medicação ou alimentação					
• Saber os horários da alimentação do paciente					

##### 1.2 QUANTO A ALIMENTAÇÃO VIA ORAL:

Cuidados	Orientado				
• Administrar a dieta com cabeceira elevada ou sentado					
• Alimentar pelo lado oposto ao parético					
• Oferecer líquidos ao paciente					
• Avaliar a aceitação da dieta					
• Estimular o paciente a se alimentar sozinho					

#### 2. HIGIENE, CONFORTO E MOBILIZAÇÃO:

Cuidados	Orientado				
• Dar o banho -- privacidade e organização					
• Higienizar a cavidade oral e dobras					
• Realizar massagem de conforto					
• Higienizar a região perianal					
• Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros					
• Mudar decúbito de 2/2hs					
• Sentar o paciente					
• Manter o paciente em posição anatômica					
• Utilizar lençóis na mobilização do paciente					
• Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível					
• Orientar exercícios passivos / ativos					
• Adaptações no lar					
• Adaptações no vestuário (roupas, sapatos, ...)					
• Estimular deambulação					

#### 3. ESTIMULAÇÃO VISUAL, AUDITIVA E VERBAL:

Cuidados	Orientado				
• Estimular o paciente verbalmente, leitura, jogos					
• Preocupar-se em passear, levar a recreação quando possível					
• Preocupar-se em sentar o paciente próximo a janela					
• Estimular a participação do paciente nas atividades da família.					

#### 4. ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URINÁRIA:

Cuidados	Orientado				
• Conhecer o hábito intestinal do paciente					
• Prevenir constipação					
• Observar a técnica de sondagem vesical					
• Citar cuidados com material utilizado na SVA					
• Conhecer medidas para estimular micção espontânea					

#### 5. CUIDADOS COM O CUIDADOR:

Cuidados	Orientado				
• Divisão de tarefas					
• Diversão e Lazer					

### ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS CUJOS FAMILIARES CUIDADORES PARTICIPARAM DO ESTUDO

IDOSO	FAMILIAR CUIDADOR	SEXO	IDADE	DIAGNÓSTICO MÉDICO	NECESSIDADES BÁSICAS AFETADAS
1	S1	M	63	AVC isquêmico Insuficiência Respiratória Crônica Diabete Mellitus tipo 2 Insuficiência Cardíaca Hipertensão Arterial Sistêmica Psoríase	<b>Regulação neurológica:</b> parestesia à esquerda; <b>Eliminação intestinal:</b> constipação; <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> psoríase por todo corpo; <b>Cuidado corporal:</b> semi-dependente; <b>Necessidades psicossociais:</b> interação social
2	S2 e S3	M	79	AVC isquêmico Diarréia crônica	<b>Regulação neurológica:</b> distúrbio de fala; <b>Eliminação urinária:</b> uripen; <b>Eliminação intestinal:</b> diarréia; <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> úlcera em maléolo esquerdo; <b>Cuidado corporal:</b> semi-dependente; <b>Atividade física/locomoção:</b> deambula com auxílio, dependente para transferências; <b>Necessidades psicossociais:</b> alteração da capacidade de resolver problemas, labilidade emocional.
3	S4	F	71	AVC isquêmico Insuficiência Cardíaca Diabete Mellitus tipo 2 Hipertensão Arterial Sistêmica	<b>Regulação neurológica:</b> confusão mental, distúrbio de fala, parestesia à direita; - <b>Alimentação/hidratação:</b> alimentação por sonda nasointestinal; - <b>Eliminação urinária:</b> incontinência; - <b>Eliminação intestinal:</b> constipação; - <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> edema de membros inferiores; - <b>Cuidado corporal:</b> dependente; - <b>Atividade física/locomoção:</b> não deambula, dependente para a troca de decúbito, dependente para transferências; - <b>Necessidades psicossociais:</b> alteração da capacidade de resolver problemas, labilidade emocional.
4	S5	F	78	- AVC isquêmico atual e prévio	- <b>Regulação neurológica:</b> disartria e parestesia à esquerda; - <b>Alimentação/hidratação:</b> distúrbio de deglutição; - <b>Atividade física/locomoção:</b> deambula com auxílio; - <b>Necessidades psicossociais:</b> interação social e capacidade em resolver

					problemas prejudicadas.
5	S6	F	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC hemorrágico</li> <li>- Hipertensão Arterial Sistêmica</li> <li>- Insuficiência Cardíaca</li> <li>- Cardiopatia Isquêmica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulação neurológica:</b> paresia à direita;</li> </ul>
6	S7	F	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC isquêmico</li> <li>- Diabete Mellitus tipo 2</li> <li>- Tuberculose</li> <li>- Hipotireoidismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulação neurológica:</b> distúrbio de fala;</li> <li>- <b>Alimentação/hidratação:</b> alimentação por sonda nasoentérica;</li> <li>- <b>Eliminação urinária:</b> incontinência;</li> <li>- <b>Eliminação intestinal:</b> incontinência;</li> <li>- <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> úlcera sacra, úlcera trocantérica, úlcera calcânea, hiperemia de joelhos.</li> <li>- <b>Cuidado corporal:</b> semi-dependente;</li> <li>- <b>Atividade física/locomoção:</b> deambula com auxílio;</li> <li>- <b>Necessidades psicossociais:</b> irritabilidade-agressividade, labilidade emocional.</li> </ul>
7	S 9	F	69	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC isquêmico</li> <li>- Insuficiência Cardíaca;</li> <li>- Hipertensão Arterial Sistêmica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulação neurológica:</b> distúrbio de fala;</li> <li>- <b>Alimentação /hidratação:</b> inapetência;</li> <li>- <b>Eliminação urinária:</b> sem alteração;</li> <li>- <b>Eliminação intestinal:</b> constipação;</li> <li>- <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> deprimia em região sacra;</li> <li>- <b>Cuidador corporal:</b> independente;</li> <li>- <b>Atividade física/locomoção:</b> independente;</li> <li>- <b>Necessidade psicossociais:</b> alteração da capacidade de resolver problemas</li> </ul>
8	S8, S10 e S11	F	69	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC isquêmico;</li> <li>- Diabete Mellitus tipo 2</li> <li>- Insuficiência Cardíaca</li> <li>- Retinopatia diabética</li> <li>- Nefropatia diabética</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulação neurológica:</b> distúrbio de fala;</li> <li>- <b>Alimentação/hidratação:</b> alimentação por sonda nasoentérica;</li> <li>- <b>Eliminação urinária:</b> sonda vesical;</li> <li>- <b>Eliminação intestinal:</b> incontinência;</li> <li>- <b>Integridade cutâneo-mucosa:</b> úlcera sacra, úlcera calcânea, hiperemia de dorso e trocantes;</li> <li>- <b>Cuidado corporal:</b> dependente;</li> <li>- <b>Atividade física/locomoção:</b> não deambula, dependente para a troca de decúbito e transferências;</li> <li>- <b>Necessidades psicossociais:</b> sem interação social e alteração da</li> </ul>

					capacidade de resolver problemas.
9	S12	F	78	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC isquêmico;</li> <li>- Diabetes Mellitus Tipo 2;</li> <li>- Hipertensão Arterial Sistêmica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulação Neurológica:</b> afasia e plegia;</li> <li>- <b>Alimentação/hidratação:</b> inapetência;</li> <li>- <b>Eliminação intestinal:</b> constipação;</li> <li>- <b>Cuidado corporal:</b> semi-dependente;</li> <li>- <b>Atividade física/locomoção:</b> deambula com auxílio, dependente para a troca de decúbito;</li> <li>- <b>Necessidades psicossociais:</b> interação social e capacidade de resolver problemas prejudicadas.</li> </ul>

Fonte: Ficha clínica cadastral dos pacientes pertencentes ao GPSEN, 2004.

**ANEXO D - ORIENTAÇÕES FORNECIDAS AOS PARTICIPANTES JUNTO AO PROGRAMA**

Participantes	Número de participações no programa	Orientações fornecidas pelo programa
S1	Orientação à beira do leito: 4 Participação no grupo: 1	<p><b>Alimentação por via oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar a dieta com a cabeceira elevada ou sentado;</li> <li>- Alimentar pelo lado oposto ao parético;</li> <li>- Oferecer líquidos ao paciente;</li> <li>- Avaliar a aceitação da dieta;</li> <li>- Estimular o paciente a se alimentar sozinho;</li> </ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar cavidade oral e dobras;</li> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Higienizar a região perianal;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Sentar o paciente;</li> <li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li> <li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li> <li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li> <li>- Adaptações do lar;</li> <li>- Estimular deambulação;</li> </ul>

S2 e S3	Orientação à beira do leito: 3 Participação no grupo: 2	<p><b>Alimentação por via oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar a dieta com a cabeceira elevada ou sentado;</li> <li>- Alimentar pelo lado oposto ao parético;</li> <li>- Oferecer líquidos ao paciente;</li> <li>- Avaliar a aceitação da dieta;</li> <li>- Estimular o paciente a se alimentar sozinho;</li> </ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar cavidade oral e dobras;</li> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Sentar o paciente;</li> <li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li> <li>- Utilizar lençóis na mobilização do paciente</li> <li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li> <li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li> <li>- Adaptações do lar;</li> <li>- Estimular deambulação.</li> </ul> <p><b>Estimulação visual, auditiva e verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o paciente verbalmente, leitura, jogos;</li> <li>- Preocupar-se em passear, levar à recreação quando possível;</li> <li>- Preocupar-se em sentar o paciente próximo a janela;</li> <li>- Estimular a participação do paciente nas atividades da família.</li> </ul> <p><b>Cuidados com o cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão de tarefas;</li> <li>- Diversão e lazer</li> </ul>
S4	Orientação à beira do leito: 4 Participação no grupo: 2	<p><b>Alimentação por sonda nasoentérica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter cabeceira elevada ou sentado;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Localizar a posição da sonda nasoentérica;</li><li>- Encher o equipo antes de instalar a dieta;</li><li>- Controlar a velocidade da administração da dieta;</li><li>- Observar a fixação da sonda nasoentérica;</li><li>- Trocar a fixação da sonda nasoentérica;</li><li>- Lavar corretamente a sonda nasoentérica após uso da medicação ou alimentação;</li><li>- Saber os horários da alimentação do paciente.</li></ul> <p><b>Alimentação por via oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Administrar a dieta com a cabeceira elevada ou sentado;</li><li>- Alimentar pelo lado oposto ao parético;</li><li>- Oferecer líquidos ao paciente;</li><li>- Avaliar a aceitação da dieta.</li></ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dar banho – privacidade e organização;</li><li>- Higienizar a cavidade oral e dobras;</li><li>- Realizar massagem de conforto;</li><li>- Higienizar a região perianal;</li><li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li><li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li><li>- Sentar o paciente;</li><li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li><li>- Utilizar lençóis na mobilização do paciente</li><li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li><li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li><li>- Adaptações do lar;</li></ul> <p><b>Estimulação visual, auditiva e verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Estimular o paciente verbalmente, leitura, jogos;</li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupar-se em sentar o paciente próximo a janela;</li> <li>- Estimular a participação do paciente nas atividades da família.</li> </ul> <p><b>Eliminação intestinal e urinária:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o hábito intestinal do paciente;</li> <li>- Prevenir constipação.</li> </ul> <p><b>Cuidados com o cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão de tarefas;</li> <li>- Diversão e lazer</li> </ul>
S5	<p>Orientação à beira do leito: 3</p> <p>Participação no grupo: 2</p>	<p><b>Alimentação por via oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar a dieta com a cabeceira elevada ou sentado;</li> <li>- Alimentar pelo lado oposto ao parético;</li> <li>- Oferecer líquidos ao paciente;</li> <li>- Avaliar a aceitação da dieta;</li> <li>- Estimular o paciente a se alimentar sozinho.</li> </ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar banho – privacidade e organização;</li> <li>- Higienizar a cavidade oral e dobras;</li> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Sentar o paciente;</li> <li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li> <li>- Utilizar lençóis na mobilização do paciente</li> <li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li> <li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li> <li>- Adaptações no lar;</li> <li>- Adaptações no vestuário (roupas, sapatos...);</li> <li>- Estimular deambulação.</li> </ul>

		<p><b>Estimulação visual, auditiva e verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o paciente verbalmente, leitura, jogos;</li> <li>- Preocupar-se em passear, levar à recreação quando possível;</li> <li>- Preocupar-se em sentar o paciente próximo a janela;</li> <li>- Estimular a participação do paciente nas atividades da família.</li> </ul> <p><b>Eliminação intestinal e urinária:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o hábito intestinal do paciente;</li> <li>- Conhecer medidas para estimular micção espontânea.</li> </ul> <p><b>Cuidados com o cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão de tarefas.</li> </ul>
S6	Orientação à beira do leito: 1 Participação no grupo: 1	<b>Cadastro não preenchido</b>
S7	Orientação à beira do leito: 4 Participação no grupo: 3	<p><b>Alimentação por via oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar a dieta com a cabeceira elevada ou sentado;</li> <li>- Oferecer líquidos ao paciente;</li> <li>- Avaliar a aceitação da dieta;</li> <li>- Estimular o paciente a se alimentar sozinho.</li> </ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar banho – privacidade e organização;</li> <li>- Higienizar a cavidade oral e dobras;</li> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Sentar o paciente;</li> <li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li> <li>- Utilizar lençóis na mobilização do paciente</li> <li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li> <li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li> <li>- Adaptações no vestuário (roupas, sapatos...);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular deambulação.</li> </ul> <p><b>Estimulação visual, auditiva e verbal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupar-se em passear, levar à recreação quando possível;</li> <li>- Preocupar-se em sentar o paciente próximo a janela;</li> <li>- Estimular a participação do paciente nas atividades da família.</li> </ul> <p><b>Eliminação intestinal e urinária:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o hábito intestinal do paciente;</li> <li>- Conhecer medidas para estimular micção espontânea.</li> </ul>
S8	Orientação à beira do leito: 1 Participação no grupo: 2	<p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar a cavidade oral e dobras;</li> <li>- Mudar de decúbito de 2/2 horas.</li> </ul>
S9	Orientação à beira do leito: 1 Participação no grupo: 1	<p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> </ul> <p>Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível.</p>
S10	Orientação à beira do leito: 2 Participação no grupo: 2	<p><b>Alimentação por sonda nasoesférica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter cabeceira elevada ou sentado;</li> <li>- Localizar a posição da sonda nasoesférica;</li> <li>- Encher o equipo antes de instalar a dieta;</li> <li>- Controlar a velocidade da administração da dieta;</li> <li>- Observar a fixação da sonda nasoesférica;</li> <li>- Trocar a fixação da sonda nasoesférica;</li> <li>- Lavar corretamente a sonda nasoesférica após uso da medicação ou alimentação;</li> <li>- Saber os horários da alimentação do paciente.</li> </ul> <p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienizar a cavidade oral e dobras;</li> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Sentar o paciente;</li> <li>- Manter o paciente em posição anatômica;</li> <li>- Estimular o paciente ao auto-cuidado quando possível;</li> <li>- Orientar exercícios passivos/ativos;</li> <li>- Adaptações do lar;</li> </ul> <p><b>Eliminação intestinal e urinária:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer o hábito intestinal do paciente;</li> <li>- Prevenir constipação.</li> </ul> <p><b>Cuidados com o cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão de tarefas.</li> </ul>
S11	<p>Orientação à beira do leito: 1</p> <p>Participação no grupo: 1</p>	<p><b>Higiene, conforto e mobilização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar massagem de conforto;</li> <li>- Posicionar o paciente com almofadas e travesseiros;</li> <li>- Mudar de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>- Adaptações do lar.</li> </ul> <p><b>Cuidados com o cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão de tarefas.</li> <li>- Diversão e lazer</li> </ul>
S12	<p>Orientação à beira do leito: 1</p> <p>Participação no grupo: 1</p>	<b>Cadastro não preenchido</b>

Fonte: Ficha de Controle de Orientações Fornecidas ao Participantes do Programa, 2004.

**ANEXO E – TERMO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE****RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 03-426

**Versão do Projeto:** 15/10/2003

**Versão do TCLE:** 15/10/2003

**Pesquisadores:**

BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS

ALESSANDRA MENDONÇA CESAR

**Título:** PERCEPÇÕES DE CUIDADORES FAMILIARES SOBRE O PROGRAMA DE PREPARO DE ALTA HOSPITALAR AO IDOSO ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: INDICATIVOS À EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 06 de novembro de 2003.

  
Prof. Tereza Reverbél da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA