



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO

SABRINA DA SILVA BRASIL

**AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE
SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

RIO DE JANEIRO

2021

SABRINA DA SILVA BRASIL

**AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE
SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca de exame de Defesa para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Inserido na Linha de Pesquisa Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

RIO DE JANEIRO

2021

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

d823 da Silva Brasil, Sabrina
AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA
DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL
/ Sabrina da Silva Brasil. -- Rio de Janeiro, 2021.
98

Orientador: Wiliam César Alves Machado.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2021.

1. Atividades Cotidianas. 2. Limitação da
Mobilidade. 3. Acidente Vascular Cerebral. 4.
Enfermagem de Reabilitação. 5. Autocuidado na
Reabilitação. I. César Alves Machado, Wiliam,
orient. II. Título.

SABRINA DA SILVA BRASIL

**AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE
SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca de exame de Defesa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) - Mestrado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) inserido na linha de pesquisa: Enfermagem: saberes e práticas de cuidar e ser cuidado como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 17 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado - Presidente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Olga Maria Ribeiro – Primeiro Examinador
Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESEP

Prof^a. Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo – Segundo Examinador
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a. Dr^a. Adriana Bispo Alvarez – Primeiro Suplente (Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof^a. Dr^a. Eliza Macedo - Segundo Suplente (Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter me possibilitado chegar até aqui, pois só ele sabe todo o caminho que percorri para alcançar este objetivo.

Aos meu pais, Maria Aparecida e José Brasil (*in memoriam*). Especialmente meu pai que contribuiu significativamente para minha formação desde a graduação e sempre acreditou no meu potencial para os estudos, que não media esforços para me ajudar até mesmo quando não podia.

Ao meu esposo Márcio e minha filha Laura, que me incentivam todos os dias a lutar pelos meus objetivos, agradeço pela paciência diária e cumplicidade de ambos.

Aos meus amigos do mestrado, professores da UNIRIO, coordenação e secretaria do programa do mestrado, por toda trajetória de estudos, ensinamentos e apoio, meu muito obrigada.

Ao meu orientador, Dr. Wiliam César Alves Machado, por todas as contribuições realizadas em meu estudo, por seus ensinamentos para que eu pudesse ampliar meus conhecimentos e crescer profissionalmente, por ter me permitido realizar meu maior sonho, que era me tornar mestre em enfermagem.

À secretaria de saúde de Paraíba do Sul/RJ e aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família pela colaboração grandiosa para que esta pesquisa pudesse ser realizada. À Univértix, instituição de ensino superior de Três Rios/RJ, por permitir meu estágio de docência e também não poderia deixar de agradecer ao corpo acadêmico desta instituição, que me recebeu de braços abertos.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente, meu muito obrigada.

BRASIL, Sabrina da Silva. **AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**. 2021. 98f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

RESUMO

A Portaria nº 793/2012 em seu art. 1º institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação do acesso e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). O desconhecimento das diretrizes desta Portaria, dos direitos das pessoas aos tratamentos de reabilitação, neste estudo, clientes com sequelas incapacitantes decorrentes de AVE, ainda é grande. Conjuntura agravada pelo despreparo profissional dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica de Saúde, o que compromete a qualidade da assistência e cuidados a esta clientela. Como enfermeiros generalistas, carecem de acesso aos conhecimentos específicos da Enfermagem de Reabilitação, essenciais para nortear suas intervenções junto às pessoas com sequelas de AVE na comunidade. Objetivo: analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas de AVE, com foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 11 enfermeiros lotados na Estratégia Saúde da Família do município de Paraíba do Sul. Participaram do estudo apenas enfermeiros que tinham, cadastrados na sua unidade, clientes com histórico de episódio de AVE há 2 anos e atendidos no centro de reabilitação física do município. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO, CAAE. 26262119.6.0000.5285, parecer nº 3.782.329 de 18/12/2019. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2020, por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e desenvolvido pelos pesquisadores. Na análise dos dados foram identificados 21 clientes com sequelas de AVE, sendo 17 isquêmicos e 4 hemorrágicos. As maiores dificuldades encontradas nos clientes foram: fala, deambulação e segurar objetos. O plano de cuidados é feito de forma verbal e são realizadas orientações quanto à atividade física, mudança do ambiente físico, alimentação balanceada, deambulação com apoio, cuidados com quedas e bronco aspiração. Apenas 5 enfermeiros relataram dificuldade de elaborar o plano de cuidados relatando a falta de conhecimento sobre a patologia (AVE), conflito familiar, falta de escolaridade e baixa renda, 5 enfermeiros escreveram que fazem o levantamento dos diagnósticos de enfermagem (DE), 4 não realizam esta prática em seu cotidiano de consultas de enfermagem e 2 enfermeiros relataram equivocadamente orientações ao invés de diagnósticos de enfermagem. O DE mais citado foi risco de quedas. Os enfermeiros conseguem identificar as necessidades dos clientes acometidos pelo AVE, estabelecem durante o atendimento domiciliar várias orientações principalmente ao que se refere a deambulação, utilização de barras de apoio para locomoção e banho, adaptação do ambiente físico, cuidados na ingestão de medicamentos, realização de atividade física frequente, controle da pressão arterial e glicemia capilar, acompanhamento especializado, alimentação saudável, entre outros. Esta prática do cuidado é feita, em grande parte, verbalmente e não possui nenhum instrumento de registro e avaliação do enfermeiro para acompanhamento sistematizado da assistência de enfermagem, não conferindo consistência científica ao planejamento, execução e avaliação das intervenções dos enfermeiros junto às pessoas com sequelas de AVE, além do limitado foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas.

Palavras-chave: Atividades Cotidianas; Limitação da Mobilidade; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado na Reabilitação; Atenção Básica de Saúde.

BRASIL, Sabrina da Silva. **AUTONOMY FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITY CAUSED FROM AFTER-EFFECT OF AVE: NURSING INTERVENTION FOR THE RESCUE OF THE FUNCIONAL INDEPENDENCE.** 2021. 98f. Master dissertation of nursing. Rio de Janeiro. Federal University of the Rio de Janeiro State – UNIRIO, Biological Science and the health.

ABSTRACT

Ordinance 793/2012 in its art. 1st establishes the Care Network for People with Disabilities, through the creation, expansion of access and articulation of points of health care for people with temporary or permanent disabilities; progressive, regressive or stable; intermittent or continuous, within the scope of the Unified Health System (BRASIL, 2012). The ignorance of the guidelines of this Ordinance, of people's rights to rehabilitation treatments, in this study, clients with disabling sequelae resulting from stroke, is still great. The situation is aggravated by the unprepared professional of nurses working in Primary Health Care, which compromises the quality of care and care for this clientele, as generalist nurses, they lack access to specific knowledge of Rehabilitation Nursing, essential to guide their interventions together to people with stroke sequelae in the community. Objective: To analyze how the interventions of nurses from the Family Health Strategy Teams are processed for people with sequelae of stroke, with a focus on promoting functional independence for daily activities. This is a descriptive study, with a qualitative approach, developed with 11 nurses assigned to the Family Health Strategy in the city of Paraíba do Sul. Only nurses who had clients with a history of stroke in the unit 2 years ago participated in the study and attended at the municipality's physical rehabilitation center. The research was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of UNIRIO, CAAE. 26262119.6.0000.5285, Opinion N° 3,782,329 of 12/18/2019. Data collection, carried out from February to March 2020, through an interview with a semi-structured script developed by the researchers. In the data analysis, 21 clients with sequelae of stroke were identified, 17 of which ischemic and 4 hemorrhagic. The biggest difficulties encountered by customers were, speaking, walking and holding objects. The care plan is made verbally and guidance is given on physical activity, changing the physical environment, balanced nutrition, walking with support, care for falls and bronchoaspiration. Only 5 nurses reported difficulty in elaborating the care plan, reporting the lack of knowledge about the pathology (CVA), family conflict, lack of education and low income, 5 nurses wrote that they survey the nursing diagnoses (DE), 4 did not perform this practice in their daily nursing consultations and 02 nurses mistakenly reported guidelines instead of nursing diagnoses. The most cited ND was the risk of falls. Nurses are able to identify the needs of clients affected by the stroke, establish various guidelines during home care, mainly regarding walking, use of support bars for walking and bathing, adaptation of the physical environment, care in taking medication, carrying out frequent physical activity, control of blood pressure and capillary glycemia, specialized monitoring, healthy eating, among others. This care practice is done, mostly verbally, and does not have any instrument for registering and evaluating nurses for systematic monitoring of nursing care, not giving scientific consistency to the planning, execution and evaluation of nurses' interventions with people with sequelae strokes, in addition to the limited focus on promoting functional independence for daily activities.

Key words: Daily activities; mobility limitation; stroke; Rehabilitation nursing; Self-care in the Rehabilitation; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos entrevistados quanto ao perfil sociodemográfico	47
Tabela 2 - Número de pacientes com AVE em relação ao número de pacientes cadastrados na unidade	49
Tabela 3 - Dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros em clientes com AVE.	51
Tabela 4 - Sequelas identificadas nos clientes acometidos pelos dois tipos de AVE, isquêmico e hemorrágico.	55
Tabela 5 – Frequência de visitas domiciliares	58
Tabela 6 - Categorização das entrevistas	60
Tabela 7 - Diagnósticos de Enfermagem (DE).....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANAES	Agência Nacional Francesa de Acreditação e Avaliação
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CEP-UNIRIO	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORDE	Coordenação Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência
COVID	Corona Vírus Disease
CR	Centro de Reabilitação
DE	Diagnóstico de Enfermagem
ENF	Enfermeiro(a)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS
UNIRIO
VD

Unidade Básica de Saúde
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Delimitação do problema	16
1.2 Problematização	17
1.3 Questões norteadoras.....	18
1.4 Objetivo geral	18
1.5 Objetivos específicos.....	18
1.6 Justificativa	19
2 REFERENCIAL CONCEITUAL	21
2.1 Teoria do autocuidado de Dorothea Orem.	21
2.2 Sobre a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE).....	24
2.3 Diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência na Atenção Básica de Saúde.....	26
2.4 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	27
2.5 O enfermeiro na reabilitação física.	30
2.6 Acidente Vascular Encefálico: etiologia, incidência, cuidados e reabilitação.	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO	38
3.1 A perspectiva de Brené Brown sobre a vulnerabilidade humana.	38
4 MÉTODO.....	41
4.1 Tipo de estudo.....	41
4.2. Cenário	42
4.3 Participantes.....	42
4.3.1 Critérios de inclusão	42
4.3.2. Critérios de exclusão	43
4.4 Coleta dos dados e instrumentos.....	43
4.5 Análise de dados	45
4.6 Aspectos éticos.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA	47
5.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados	47
5.2 Categorização das entrevistas	59
5.3 Orientações de Enfermagem durante a visita domiciliar.....	62
5.4 Plano de cuidados e suas dificuldades para execução.....	65
5.5 Diagnóstico de Enfermagem.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA	89
ANEXO II – TERMO DE ANUENCIA	90
ANEXO III- TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO	91
ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE ..	92
ANEXO V – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA COLETA DE DADOS.....	94
ANEXO VI – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	97
ANEXO VII - RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE REVISÃO GRAMATICAL.....	98

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, com o avanço do conhecimento e das tecnologias em saúde, a expectativa de vida das pessoas com deficiência vem aumentando. Esse público tem envelhecido e essa questão passou a despertar maior preocupação e interesse a fim de trabalhar dois pontos distintos, mas que atuam em conjunto, a autonomia e a independência.

No Brasil, ao longo dos anos foram criadas legislações para estabelecimento dos direitos dos indivíduos com deficiência física com a finalidade de diminuir a desigualdade social e promover a inclusão social. A Constituição Federal de 1988 contém princípios e conceitos que precisam ser retomados, juntamente com o poder público, para solucionar essas diferenças que ainda são eminentes na nossa sociedade (BRASIL, 1988).

Estudo realizado por Andrade *et al.* (2010) fala sobre o papel da enfermagem no processo de reabilitação física. Considera que para direcionar o cuidado de enfermagem, os enfermeiros devem utilizar cada vez mais os modelos conceituais, permitindo o desenvolvimento de ações fundamentadas, além de guiar a implantação do processo de enfermagem. Segundo os autores, a utilização do processo de enfermagem na assistência ao cliente em reabilitação física, tem permitido a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

O primeiro modelo assistencial para a reabilitação de pessoas com deficiência física, no Brasil, foi introduzido na década de 1950, essencialmente nos centros reabilitadores (ANDRADE, *et al.*; 2010)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), tinham cerca de 45,6 milhões de pessoas declaradas com pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo visual, auditiva, motora ou mental/intelectual. Apesar de representarem 23,9% da população brasileira em 2010, estas pessoas não vivem em uma sociedade adaptada.

Florence, já na guerra da Crimeia, estabelecia cuidados de enfermagem na reabilitação física dos guerrilheiros após sofrimento de múltiplas lesões. Entretanto a atuação do enfermeiro na reabilitação física só foi impulsionada nos últimos 30 anos, a partir da reabilitação de crianças, adultos e idosos com deficiências e portadores de doenças crônico-degenerativas (ANDRADE, 2010; *apud* FARO, 2006).

Segundo indicações da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE), originário da Lei nº 7.853/89 e regulamentado pelo Decreto Federal nº 1.680/95, os portadores de deficiências constituem grupos distintos, merecendo exemplificação

aqueles que são portadores de deficiências físicas, em razão de dificuldades motoras (CONSOLO; GIANULLO, 2011).

A Portaria nº 793 em seu art. 1º institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação do acesso e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como funções prioritárias ser base resolutiva, ser coordenadora e ordenadora do cuidado, partindo dela a organização e as demandas para a criação da Rede de Atenção à Saúde em um município (BRASIL, 2011). As linhas de cuidados na Atenção Básica têm suas bases na família e no resultado de sua interação com o ambiente físico e social dentro de uma comunidade.

A gestão do cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é deste modo pautada pelos fundamentos e diretrizes descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que são: adscrição de território; acesso universal e contínuo, este de qualidade e resolutivo; adscrição do usuário e equipe, com criação de vínculo e responsabilização; integralidade das ações com garantia da demanda programática e espontânea, da prevenção, promoção e reabilitação; e estímulo a participação do usuário, ampliando sua autonomia e capacidade na construção do cuidado (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994 tendo como objetivo garantir as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, apontadas nos princípios da Lei nº 8080/90, estabelecendo conceitos que resgatem a saúde das pessoas.

A universalidade do acesso, a integralidade, a participação da comunidade, a igualdade da assistência e a regionalização, que no âmbito da saúde da família se dá por meio da territorialização, são princípios que regem a gestão da Atenção Básica em Saúde (ABS).

O cuidado no âmbito da ESF tem suas vertentes no meio sociocultural por influência da transição do modelo hegemônico do cuidado centrado na doença para o cuidado centrado na família. Campos (2003, p. 69) aponta que um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre clientes, família e comunidade com a equipe e com alguns profissionais que lhe sirvam de referência. Paidéia, Campos (2003, p.52) trazem a reflexão da necessidade de reforma da clínica, na qual há necessidade de deslocamento da ênfase na doença para a centralização sobre o sujeito portador de alguma enfermidade.

A ESF tem papel fundamental na implantação de ações de estratégias desenvolvendo a autonomia do cliente com comprometimentos sensório-motores. A atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilita uma

compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções que vão além da prática curativa.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2003), o AVE refere-se ao desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensorio-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão.

O sinal mais comum de um AVE é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo. Outros sinais frequentes incluem: confusão mental, alteração cognitiva, dificuldade para falar ou compreender, engolir, enxergar com um ou ambos os olhos e caminhar; distúrbios auditivos; tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça intensa, sem causa conhecida; diminuição ou perda de consciência. Uma lesão muito grave pode causar morte súbita (OMS, 2003).

No Brasil, em 2010, registrava-se maior incidência de todos os tipos de deficiência na população de 65 anos ou mais, demonstrando estreita relação entre o processo de envelhecimento e a consequente perda de funcionalidade (MACHADO *et al.*, 2018). Esta relação está intimamente ligada aos clientes com sequelas físicas do AVE, pois se trata de um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, constituindo-se em uma das patologias neurológicas de maior prevalência e, ainda, uma das principais causas de incapacidade temporária ou definitiva (GOULART *et al.*, 2016).

Apesar de esta incidência ser maior na população idosa, percebe-se um aumento gradativo também do AVE em pacientes cada vez mais jovens, ocasionando em sua maioria o óbito.

Estatísticas mostram que em 10 anos, aumentou o número de pessoas que morreram por AVE no Brasil. Em 2000, o número de óbitos foi de 84.713, em 2010 esse número chegou a 99.726. No ano de 2011, 179.175 pessoas foram internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por causa da doença, um custo de 197,9 milhões de reais. Isto acarreta também grandes gastos, tanto para o seu tratamento específico como para o processo de reabilitação, ocasionando um ônus familiar e social elevados (NUNES, FONTES e LIMA, 2017, p.88).

Um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVE ao longo de seu curso de vida. Tais dados chamam atenção para a importância de ações voltadas a vigilância à saúde dessas pessoas, tanto no sentido de reabilitação quanto de prevenção e promoção da saúde, a fim de favorecer a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, o AVE representa a primeira causa de morte e incapacidade no país, o que cria grande impacto econômico e social. Dados provenientes de estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108

casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após 1 de 15,9% (BRASIL 2013, p.11)

Dados divulgados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro acusam que no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2018 e 2019, foram registradas 6.331 mortes apenas por acidente vascular encefálico (SES-RJ, 2020).

A ESF tem papel fundamental na implantação de ações para desenvolver a autonomia do cliente com comprometimentos sensoriais-motores. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções que vão além da prática somente curativa.

A promoção da atividade e mobilidade física do cliente precocemente é importante para trazer este cliente de volta a sua vida normal e até mesmo ao trabalho, reduzindo também as complicações pela imobilidade física, como a atrofia musculoesquelética, a paresia de um membro, trombose e outros.

1.1 Delimitação do problema

Considerando o atual contexto de muitas pessoas com sequelas de lesão neurológica incapacitante, vivendo em casa e sem vínculo com programas institucionais de reabilitação física, relatando e apresentando quadros característicos de inequívocas dependências para atividades cotidianas básicas, instrumentais e dependentes de cuidados de enfermagem de longo prazo, faz-se imprescindível investigar medidas de intervenção de reabilitação para atender essa demanda (MACHADO *et al.*, 2020). Nesse sentido, faz-se necessário investigar como esses cidadãos e cidadãs estão se utilizando da conjuntura de serviços públicos de saúde, mais especificamente, da Atenção Básica em Saúde, como pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, para suprir a demanda de cuidados e reabilitação de longo prazo nas comunidades. Assim sendo, este estudo se propõe a responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem estão sendo realizadas pelos enfermeiros da ESF para a reabilitação de pessoas com lesão cerebral incapacitante decorrente de AVE?

A falta de conhecimento acerca dos direitos ao tratamento à reabilitação do cliente com sequelas físicas em decorrência da sequela de AVE ainda é grande. Os municípios pouco investem nestes serviços e prejudicam a qualidade do processo de inclusão social e reabilitação dos clientes, que por muitas vezes acabam desenvolvendo outras sequelas físicas devido à demora na assistência dos serviços públicos de direito do cidadão. A enfermagem da ESF é

fundamental para esta aproximação do cuidar, na atenção a este cliente que precisa receber o mais precocemente o tratamento adequado e estar motivado a restabelecer sua saúde.

O município de Paraíba do Sul está localizado na Região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro. Em 2013, iniciou a reorganização da Atenção Básica com a reformulação nos processos de trabalho através do Sistema de Apoio e Gestão Participativa, desenvolvido pela coordenação da ESF da Secretaria Municipal de Saúde. Possui uma população de 42.159 habitantes, de acordo com o IBGE, porém apenas 37.106 pessoas são cadastradas na Estratégia Saúde da Família, sendo 90,31% da população. Desses cadastrados, 17.641 são do sexo masculino e 19.465 do sexo feminino. Compõem a população adscrita 11.106 famílias, segundo Scoralick (2013).

O município ainda dispõe de 21 equipes de ESF habilitadas, sendo 17 equipes de ESF com Saúde Bucal implantadas, 4 equipes de ESF sem Saúde Bucal e em processo de implantação, além de 6 extensões rurais com agente comunitário de saúde, enfermeiro e técnico de enfermagem sem Saúde Bucal e com atendimento médico volante. Com o sistema de apoiadores, o município dispõe de 3 apoiadores, sendo 1 para cada 7 equipes.

1.2 Problematização

Como os enfermeiros atuantes nas equipes ESF na maioria são generalistas, eles encontram muitas dificuldades para prover cuidados e assistência de enfermagem integral aos clientes com histórico de ocorrência de AVE em seus domicílios, no âmbito das suas áreas de abrangência. Mesmo sem domínio de conhecimentos específicos da área de Enfermagem de Reabilitação, os enfermeiros atuantes nas ESFs devem prestar assistência e cuidados institucionais e domiciliares às pessoas com histórico de AVE e seus familiares, tanto quanto procedendo aos devidos encaminhamentos aos demais pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, quando necessitar de apoio complementar à integralidade do cuidado.

A esse respeito, pesquisadores brasileiros que investigam objetos relacionados às formas de interagir e intervir com cuidados e assistência de enfermagem para com pessoas com deficiência congênita ou adquirida consideram que os enfermeiros atuantes nos diversos contextos de prática de saúde e reabilitação, têm se esmerado para que seus atendimentos se apresentem fundamentados em bases científicas e atendam as expectativas dos clientes, seus familiares e cuidadores domiciliares (SCRAMIN E MACHADO 2006; ALVAREZ,

TEIXEIRA, CASTELO BRANCO, MACHADO 2013; MACHADO, ALVAREZ, TEIXEIRA, CASTELO BRANCO, FIGUEIREDO, 2015; MACHADO E FIGUEIREDO, 2009).

Isto posto, emerge a seguinte questão de pesquisa: Quais intervenções de enfermagem são realizadas na prática diária dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, no município de Paraíba do Sul, junto ao cliente com deficiência física após a ocorrência de um AVE, considerando as necessidades dessas pessoas do cuidado focado no restabelecimento da autonomia funcional para o desempenho das atividades cotidianas?

1.3 Questões norteadoras

As questões que norteiam o presente estudo são:

Como os enfermeiros atuantes na Atenção Básica em Saúde tomam conhecimento das pessoas com sequelas físicas decorrentes do acidente vascular encefálico em sua área de abrangência, após a alta hospitalar?

Qual a frequência da visita domiciliar do enfermeiro para assistência e cuidados às pessoas com sequelas físicas decorrentes do acidente vascular encefálico?

Quais orientações e intervenções estão sendo desenvolvidas pelos enfermeiros para promoção da autonomia funcional das pessoas com sequelas físicas decorrentes do acidente vascular encefálico?

Portanto, com base no acima discorrido, o objeto deste estudo assim se configura: intervenções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado domiciliário de pessoas com sequelas de AVE, no município de Paraíba do Sul/RJ.

1.4 Objetivo geral

Analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das Equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas de AVE, com foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas.

1.5 Objetivos específicos

Identificar os tipos de sequelas apresentadas pelas pessoas com histórico de AVE cadastradas na ESF do município de Paraíba do Sul.

Identificar as medidas de intervenção adotadas pelos enfermeiros que atuam nas ESFs do município, para o planejamento do cuidado e assistência domiciliar de pessoas com sequelas de AVE.

Sugerir adoção de intervenções de enfermagem de reabilitação pautadas na promoção da autonomia funcional das pessoas com sequelas de AVE, conferindo habilidades para melhor desempenho das atividades cotidianas.

1.6 Justificativa

A possibilidade do AVE ser uma das principais causas de dependência na população, deixando sequelas que afetam os sistemas sensitivo, cognitivo, como alterações na fala e linguagem e, especialmente, o sistema motor, responsável por grandes limitações funcionais e isolamento social. Além de ser um grande problema de saúde pública no mundo e que pode diminuir com ações estratégicas que visem à promoção e prevenção da saúde desses clientes com atuações mais incentivadoras por parte da atenção primária em saúde, visando assim a qualidade de vida dos clientes e que não ocasione outras sequelas maiores, restringindo o indivíduo de promover o autocuidado por incapacidades físicas irreversíveis.

Grande parte dos enfermeiros da atenção primária em saúde não recebeu formação específica de conteúdos teóricos, tampouco treinamentos teórico-práticos de enfermagem de reabilitação nos programas de graduação, portanto, não foram treinados e capacitados para a assistência de enfermagem com este tipo de clientela. Via de regra, nos programas de graduação do enfermeiro generalista, somos preparados para intervenções do cuidado e assistência de enfermagem de uma forma geral e conteúdos focados na promoção da saúde e prevenção de diversas patologias.

Segundo Vidal e Pádula (2012), o estudo de enfermagem em reabilitação física se deu a partir de 2007 de forma optativa em graduações de enfermagem de uma faculdade em São Paulo, e ainda este tema se fortaleceu a partir do XXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem, que aconteceu por volta de 1980.

Estudos de pesquisadores brasileiros na área da enfermagem sobre o aspecto de intervenções da enfermagem na reabilitação física dos clientes com sequelas causadas pelo AVE são reduzidos, considerando que a maioria dos estudos que abordam essa temática estão relacionados aos cuidados de enfermagem aos clientes com sequelas de lesão medular, surdos, ostomizados, entre outros (MACHADO, SCRAMIN, 2010; MACHADO, PEREIRA, PRADO,

SILVA, SILVA, FIGUEIREDO, 2015; PRADO, BARRETO, TONINI, SILVA, MACHADO, 2016) .

É preciso que o enfermeiro e toda a sua equipe de enfermagem tenham envolvimento não somente nas ações de prevenção, mas também sejam responsáveis por todas as etapas do restabelecimento da saúde, considerando que a enfermagem pode incentivar e promover o autocuidado deste cliente e sua família, para prepará-lo ao retorno de sua vida cotidiana com qualidade.

Como destacam Machado *et al.* (2016), o encaminhamento dos clientes com lesão neurológica incapacitante para atendimentos complementares na Atenção Básica carece da ampliação da perspectiva dos gestores de saúde que atuam na rede hospitalar, compreendendo-o como premissa essencial para a consecução das diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. Nesse sentido, considera-se que os enfermeiros atuantes na rede de urgência e emergência hospitalar carecem de assumir posturas proativas e pautar suas ações tendo como foco que os clientes com sequelas de AVE são potencialmente candidatos aos cuidados de longo prazo, iniciado nos programas institucionais de reabilitação física, na comunidade e nos seus próprios domicílios, afinal, nos ambientes em que residem.

As demandas dos clientes com algum grau de incapacidade necessitando de cuidados em reabilitação vêm aumentando, o que torna necessário o foco ao tema “reabilitação” nos cursos de graduação, preparando os futuros profissionais da área da saúde para saber lidar com essa condição (VIDAL, PADULA; 2012).

A adoção de intervenções de enfermagem de reabilitação pautada na promoção da autonomia funcional das pessoas com sequelas de AVE tem um forte impacto no desempenho das atividades cotidianas. Para que isto aconteça é importante que os gestores municipal, estadual e federal invistam nesta área de reabilitação física para redução de impactos sofridos pelos clientes e, conseqüentemente, nos orçamentos públicos, com custo de internações e reinternações, mas também se faz necessário enfatizar que o atual cenário em que vivemos, de grandes perdas no orçamento público, também leva à precariedade das ações de saúde pública e, por conseguinte, à escassez da oferta de serviços, uma vez que não temos recursos humanos e materiais na principal porta de entrada para atender toda a demanda.

2 REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1 Teoria do autocuidado de Dorothea Orem

As teorias de enfermagem têm sido de grande relevância e utilização nas práticas dos profissionais enfermeiros que atuam tanto no campo prático, quanto no campo do ensino, auxiliando na construção do cuidar individual e coletivo. São teorias de grande relevância que norteiam o cuidar em enfermagem, promovendo um olhar diferenciado na assistência.

Meleis (1997) refere que as teorias de enfermagem expõem tendências de visões sobre o processo saúde-doença e sobre a experiência de cuidado terapêutico. Trata-se de uma conceitualização articulada e comunicativa da realidade inventada ou descoberta na enfermagem, com finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Dentre as inúmeras teorias criadas, cabe abordar a Teoria de Dorothea Orem, que se destaca pela sua relação íntima ao presente estudo no que se refere ao resgate da independência funcional do indivíduo.

Orem, depois de vários estudos, publicou sua teoria do autocuidado em 1959. Já nesta época acreditava no potencial do enfermeiro e que este profissional era capaz de atuar diretamente no resgate da independência funcional e promoção do autocuidado do cliente.

O autocuidado é definido por Orem (1985) como o desempenho ou prática de atividades executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para manter a saúde, a vida e o bem-estar.

A capacidade humana de prover o cuidado está ligada ao meio que se vive, em se adaptar ao ambiente e às suas necessidades para diminuição do estresse físico e emocional, que vão interferir neste período da reabilitação física.

O plano de cuidados aplicado individualmente e de acordo com as necessidades de cada cliente ou familiar pode minimizar complicações decorrentes das sequelas do AVE e é de suma importância no processo da independência funcional, uma vez que pode aumentar a expectativa de vida e melhorar a capacidade física, recolocando assim o cliente o mais precocemente possível as suas atividades de vida diárias (AVDs).

De acordo com a OMS (2013), as limitações mais comuns evidenciadas nos clientes que sofreram com as sequelas decorrentes do AVE são: alimentar-se, banho, higiene elementar e vestuário de tronco superior e inferior.

A teoria do autocuidado é composta por três teorias inter-relacionadas na visão de Orem que são: a teoria do autocuidado – em que se descreve o porquê e como as pessoas são capazes de cuidar de si próprios; a segunda, a teoria do déficit de autocuidado – que explica a razão pelo qual os indivíduos podem ser ajudados pela enfermagem e, por último, a teoria dos sistemas de enfermagem – que explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (TOMEY & ALLIGOOD, 2002).

A contribuição desta teoria criada por Dorothea Orem nos faz refletir sobre as condutas de enfermagem na nossa prática do dia a dia, a relação da amplitude de conhecimento que pode se enquadrar na nossa prática profissional, quando nós temos a necessidade de encontrar soluções para os problemas inseridos naquele contexto familiar diante das dificuldades encontradas, que antes era harmônico no que se refere a prática do trabalhar, locomover-se, comer, etc. e agora se faz desarmônico, desestruturando em alguns casos todo aquele meio familiar.

Orem ainda define três categorias para o autocuidado: universal, desenvolvimento e desvio de saúde. Na categoria universal, descreve sobre cuidados que servirão como parâmetro para o cuidar ao cliente, estes são:

- manutenção de uma ingesta suficiente de ar;
- manutenção de uma ingesta suficiente de água;
- manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos;
- provisão de cuidados associados com processos de eliminação e excrementos;
- manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social;
- prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano;
- promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro de grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejo de ser normal.

Aos indivíduos capazes de realizar o autocuidado, Orem define esta prática em toda análise textual como ações que são realizadas de forma voluntária e intencional pelo indivíduo capaz de engajar-se no autocuidado.

As atividades do autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, abreviam o tempo de recuperação e reduzem a hospitalização e rehospitalização do cliente, por entender que todos são capazes de realizar o próprio cuidado e de serem responsáveis em conjunto por este processo de reabilitação física e reintegração na sociedade.

Os pacientes com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar,

comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida (SCALZO *et al.*, 2010).

Quando a teoria do autocuidado é bem aplicada na prática assistencial pelo(a) enfermeiro(a), esta constrói uma grande importância em todas as etapas da reabilitação física do cliente com seqüela de AVE, devido à gama de conhecimento que o enfermeiro tem para aplicar em sua prática assistiva.

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou por alguém que a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (QUEIRÓZ, VIDINHA, FILHO, 2014).

Todos os cuidados prestados ao cliente em processo de reabilitação física devem ser realizados de forma sistemática, utilizando o processo de enfermagem que deve ser adaptado às condições do indivíduo e às suas necessidades pessoais.

Com o enfoque na realização das atividades da vida diária (AVDs) da maneira mais independente possível, torna-se necessário que o enfermeiro reabilitador conheça os hábitos e o estilo de vida do cliente no contexto da família e da sociedade (LEITE; FARO, 2008).

O enfermeiro tem visão holística assistencial, é o único capaz de estabelecer planos de cuidados, promover conforto, orientar quanto à prática do autocuidado, estabelecer a prescrição de enfermagem, além de ter um papel fundamental de educador em saúde e facilitador neste processo do incentivo ao autocuidado.

De acordo com estudo de Machado, Pinto, Cruz, Figueiredo, Pinheiro, Xavier e Porto (2020), à luz do referencial teórico de Dorothea Orem, a prática assistencial da pessoa com lesão neurológica incapacitante, como aquelas com seqüelas de AVE, se consolida ferramenta estratégica para o enfrentamento da sua nova condição de vida, bem como elemento norteador das ações e orientações do enfermeiro de reabilitação para com o cuidador familiar. Ao primeiro, resgata a autoestima pelo reconhecimento do déficit de autocuidado e estimula o fortalecimento da resiliência, essenciais no progressivo processo de ganhos funcionais implementados pelos programas de reabilitação. Aos cuidadores e membros do núcleo familiar do cliente, confere aproximação e melhor entendimento sobre implicações do cuidado com enfoque na reabilitação, preparando estes indivíduos para o autocuidado e melhoria na sua qualidade de vida.

Refletindo sobre a aplicação dos princípios teóricos do autocuidado de Dorothea Orem, Machado, Silva, Almeida, Figueiredo, Martins, Henriques *et al.* (2019), enfatizam que a autora nos propõe três subteorias que ajudam a compreender a complexidade da assistência à pessoa com deficiência adquirida, como aquelas com seqüelas de AVE, iniciando-se por descrever o

porquê e como as pessoas cuidam de si próprias (Teoria do Autocuidado), segue-se a descrição e explicação das razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem (Teoria do Déficit de Autocuidado) e a última, as estratégias de intervenção dos enfermeiros (Teoria dos Sistemas de Enfermagem), que colaboram à compreensão de que, para cada autocuidado, o enfermeiro pode recorrer a estratégias diferentes (OREM, 2001).

A teoria do autocuidado de Orem interligada ao processo de reabilitação física do cliente com AVE faz referência ao processo de enfermagem em uma das teorias que se destaca, a de sistemas de enfermagem, relacionada ao fato da pessoa com sequelas de AVE se encontrar com um déficit do autocuidado relativamente necessário e indispensável da assistência de enfermagem.

O processo de enfermagem parcialmente compensatório, em que tanto o enfermeiro quanto o cliente estão em um processo de compartilhamento de informações e necessidades, tem um único propósito, o de desempenhar o autocuidado terapêutico de reabilitação no resgate da independência funcional, entretanto, não podemos deixar de destacar que em muitos momentos encontramos o cliente no sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro ou até mesmo o familiar deve ajudar integralmente no cuidar deste cliente por incapacidade completa de realização das atividades básicas serem desenvolvidas sozinhas por este cliente, como vestir-se, realizar higiene íntima, escovar os cabelos, escovar os dentes, ser capaz de se locomover sozinho. Tais situações, dependendo da área cerebral afetada com o episódio do AVE, podem comprometer inclusive os esfíncteres anal e vesical, quando este cliente dependerá de total ajuda na fase inicial da sequela e no pós alta hospitalar, até que possa executar sozinho suas AVDs.

2.2 Sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

A CIPE é uma proposta de formalização das práticas assistenciais da enfermagem tanto no âmbito nacional como internacional. Para facilitar o uso dos termos e compreensão de todo processo assistencial da enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) criou a CIPE, que desenvolveu subconjuntos terminológicos contendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que serviram de suporte e apoio à prática clínica e ao processo de tomada de decisão no cuidado de enfermagem.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com base no estudo de Nobrega e Gutierrez (2001), vem se consolidando mundialmente como uma tendência para a padronização da comunicação e da troca de informações entre os enfermeiros, visando à

representação da prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde. Numa consulta da literatura de Enfermagem, constata-se que, em 1989, foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul, Coréia, a necessidade de desenvolvimento de um sistema classificatório internacional. Como resposta, o CIE iniciou, em 1991, o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (NÓBREGA e GUTIERREZ, 2001).

Sabe-se que dentre as diversas tecnologias da Enfermagem, tem-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual permite o ordenamento das ações e intervenções assistenciais à saúde e possibilita a inserção de diversos métodos, como o Processo de Enfermagem (PE), o qual é um instrumento metodológico que permite identificar, compreender e descrever as necessidades da pessoa, família e coletividade humana, além de documentar a prática profissional (SOUZA, SILVA, ROCHA, COSTA, NÓBREGA, 2017). Como destacam os autores, o Diagnóstico de Enfermagem (DE), que compõe uma das etapas do PE, caracteriza-se por ser uma etapa vital, pois o enfermeiro analisa, tabula e infere as necessidades prioritárias por meio de diagnósticos, requerendo, assim, o uso do raciocínio clínico sobre a condição de saúde, para que assim possa interligar os dados, sejam clínicos, sociais ou comportamentais, elencados no histórico de enfermagem.

Nesse sentido, faz mister considerar a premência de se estabelecer coerência entre o que se apresenta para as equipes de reabilitação, em particular para os enfermeiros da atenção básica que atendem pessoas com sequelas de AVE na conjuntura das ESFs, de modo a tornar suas intervenções para cuidar coadunáveis com os princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Como se trata de clientela dependente de cuidados de longo prazo, se ocorre um bom início de abordagem focada na SAE e nos diagnósticos de enfermagem, mais adequado se torna considerar que esses variam de acordo com os progressos dessas pessoas em termos de resgate da autoestima e capacidade de cuidar de si.

Diante do diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma – Código 00141, enfatizado no estudo de Machado, Silva, Almeida, Figueiredo, Martins, Henriques *et al.* (2019), o enfermeiro de reabilitação precisa usar de muita criatividade para identificar estratégias de cuidado calcadas na motivação, tornando-se fundamental ouvir e dar *feedback* ajustado às expectativas da pessoa com sequelas de AVE, uma deficiência física adquirida, mas com uma presença positiva, pois o cliente se apresenta recluso, mergulhado em seus labirintos mentais, medos e enfrentamentos emocionais característicos da fase de negação.

Além disso, como enfatizam os autores, a intervenção precoce é essencial para que os clientes sejam cuidados e orientados pelos enfermeiros na presença de cuidador familiar, pois disposição para participar e interesse de aprender influenciam os resultados das intervenções da equipe de reabilitação (FIGUEIREDO, MACHADO e MARTINS, 2018). Contudo, muitos clientes são admitidos nos programas de reabilitação sem que tenham superado as fases de negação e repercussão, apresentando-se deveras desmotivados e estagnados no diagnóstico Resiliência Prejudicada – Código 00210 (NANDA, 2018).

Na sequência, como asseveram Machado, Silva, Almeida, Figueiredo, Martins, Henriques *et al.* (2019), o interesse da pessoa com deficiência adquirida pós-episódio de AVE, ao se perceber necessitando de ajuda para cuidar de si, já sinaliza que tenha deixado para trás as fases por ele enfrentadas, quais sejam: de negação, repercussão e ajustamento, e esteja pronta para adentrar na fase de reconstrução, momento propício para que o enfermeiro de reabilitação invista nos diagnósticos de Mobilidade Física Prejudicada – Código 00085; e Disposição para Melhora do Autocuidado – Código 00182 (NANDA, 2018), cujas estratégias de orientação e treinamentos devem envolver os clientes, familiares e cuidadores domiciliares.

2.3 Diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência na Atenção Básica em Saúde

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, para que pudessem ser implantados polos assistenciais para a pessoa com deficiência em todo seu processo de reabilitação física (BRASIL, 2012). E ainda a Portaria nº 793/2012, primordial na fundamentação das diretrizes das pessoas com deficiência, garantindo, entre outras ações, a atenção à saúde da pessoa com deficiência desde a atenção básica até o nível terciário, com a completa reabilitação física, social e mental, além da garantia de recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, proporcionando ao cliente o bem-estar e sua reinserção à vida social, consequentemente sentindo-se uma pessoa produtiva para a sociedade e para o meio familiar.

A assistência ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS) para as pessoas com deficiência foi organizada de forma desarticulada, com legislações que não estabeleciam as diretrizes de articulação entre os pontos de atenção, com foco priorizado nos serviços especializados em reabilitação e na concessão de tecnologias assistivas. Com a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 793/2012, a pessoa com deficiência passar a ter seus direitos garantidos.

A partir da Portaria nº 793/2012 foram sendo instituídas portarias, resoluções, redes de atenção acerca do benefício à saúde e à dignidade humana a pessoa com deficiência, ampliando assim o acesso dessas pessoas aos serviços públicos, reintegrando-os a sociedade e minimizando suas dores, lesões, transtornos depressivos que foram adquiridos pela incapacidade física, temporária ou permanente.

Mesmo que a oferta em determinados municípios seja mínima, a reabilitação e os cuidados elencados nesta portaria nunca devem ser dispensados. Para Machado, *et. al* (2018) a reabilitação é a área responsável por possibilitar o treino de novas habilidades às pessoas que delas se utilizam, tornando possível o enfrentamento dos obstáculos cotidianos.

A reinserção das pessoas com deficiência deve ser proporcionada com o seu retorno às atividades cotidianas que eram realizadas antes da lesão, como o retorno ao trabalho, à atividade física, ao lazer, aos estudos, entre outros.

É notório que precisamos de mais intervenções de saúde na área de reabilitação física. Atualmente existe uma carência muito grande de programas municipais que possibilitem o acesso a polos de referência em reabilitação próximos às residências desta clientela, como o que se refere à rede de cuidados a pessoa com deficiência.

Ainda que não seja uma realidade dentro dos programas de estratégia a saúde da família é fundamental que sejam implantados pelos gestores por meio das legislações e portarias existentes para a atenção a pessoa com deficiência, centros de reabilitações em todo o âmbito nacional, para que estas pessoas possam receber todos os tipos de tratamento e de acordo com a sua necessidade sem prejuízo da continuidade da assistência por falta do serviço local.

A nota técnica lançada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2012 sobre a rede de cuidados a PcD coloca a equipe de multiprofissionais e uma gama de serviços para atenção especializada em todos os níveis assistenciais da saúde, porém na prática percebemos que a maioria dos municípios não dispõem nem da metade destes serviços e precisam ainda avançar muito no que diz respeito a acessibilidade e a reabilitação, além da garantia do cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que se refere a equidade, universalidade e integralidade.

2.4 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A definição e a mensuração da incapacidade, no ponto de vista de Di Nubila, Buchalla (2008), tornaram-se tema de crescente interesse, em especial a partir do momento em que as pessoas começaram a viver mais tempo, quando aumentaram as doenças crônicas e suas

consequências. A falta de uma definição clara de "deficiência ou incapacidade" era apresentada como um impedimento para a promoção da saúde de pessoas com deficiência. A vigilância e a intervenção dependeriam da capacidade para identificar as pessoas que deveriam ser incluídas nesta definição, até que foi promulgada a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2009), peça legal que a diferenciou em suas características fundamentais para acesso aos bens e serviços prestados à sociedade.

O uso da CIF como uma ferramenta metodológica em pesquisas de deficiência de base populacional permite a comparação de dados entre países em momentos diferentes ao longo do tempo, como enfatizado por Neves-Silva e Alvarez-Martin (2014), portanto, é uma ferramenta útil para descrever e comparar o estado de saúde de populações, ou seja, o CIF é uma ferramenta que permite padronizar os processos de obtenção de informações em um campo prioritário em nossa sociedade. Segundo a OMS, 10% da população têm algum tipo de deficiência e 80% moram em países em desenvolvimento. Na América Latina e no Caribe esse número corresponderia a 85 milhões de pessoas. Somando-se a esses amigos, vizinhos e parentes indiretamente afetados pela deficiência, esse número seria ainda maior, atingindo mais de um quarto da população total.

A CIF, conforme pontuado no estudo de Machado e Scramin (2010) sobre cuidados de longo prazo para pessoas com deficiência física adquirida, pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS proporciona um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contato com os serviços de saúde) e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo entre várias disciplinas e ciências.

De acordo com Suttiwong, Vongsirinavarat, Hiengkaew (2018), em estudo realizado na Tailândia com clientes com sequelas de AVE na comunidade, o conceito de participação foi incluído na estrutura da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fornecida pela Organização Mundial da Saúde em 2001. Participação é definida como o envolvimento pessoal na situação de vida. O conceito de participação foi expandido para incluir engajamento ativo, escolha e controle, acesso e emancipação, responsabilidade pessoal e social, com impacto nos outros e conexão social.

A participação restrita tem uma interação dinâmica com todos os componentes da CIF, incluindo deficiências, limitação de atividades, fatores pessoais e ambientais, portanto, abordagens para melhorar o nível de participação são necessárias e devem ser totalmente

integradas. Ao que acrescentam Suttiwong, Vongsirinavarat, Hiengkaew (2018), após o AVE, as funções motoras, o desempenho de equilíbrio e o nível funcional estão diretamente associados à participação.

O número de comorbidades após a alta hospitalar dos participantes do estudo foi correlacionado com a menor participação percebida de sobreviventes de AVE. Além disso, sobreviventes de AVE com doenças psicológicas mostraram um baixo nível de participação. No entanto, deficiências fundamentais e limitações de atividades são incluídas na análise do impacto sobre a participação.

A CIF é de grande relevância para o cuidado de enfermagem da pessoa com sequelas de AVE, no curto, médio e longo prazos. Como classificação geral, não foi projetada por enfermeiros ou especificamente voltada para elementos do cuidado de enfermagem. Isto pode explicar algumas dificuldades no uso desta classificação que foram identificadas na área de enfermagem, tanto no âmbito do ensino e pesquisa quanto na esfera assistencial. Para solucionar tal assimetria e avançar no aprimoramento e adequação da CIF ao conhecimento de enfermagem, os enfermeiros deveriam investir na compreensão de seus elementos essenciais, dimensão social e implicações práticas em seus contextos de ensino, pesquisa e assistência, assim como se fazer mais visíveis e participantes em futuras revisões de seu processo constitutivo (MACHADO; SCRAMIN, 2010).

Os enfermeiros reabilitadores não devem desconsiderar que a CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para a avaliação da qualidade de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. No modelo da CIF, a incapacidade não é definida apenas pela lesão neurológica incapacitante ou doença, mas considerada como resultante da interação entre a disfunção (orgânica e/ou da estrutura do corpo) apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, bem como dos fatores ambientais, que podem atuar como barreiras ou facilitadores para o desempenho (MACHADO, 2017).

O estudo de Cardoso, Magalhães, Lacerda e Andrade (2012), nos esclarece que a CIF visa a fornecer uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e das condições relacionadas à saúde, por meio de seus determinantes e efeitos. Sua linguagem padronizada busca facilitar a comunicação entre profissionais, pesquisadores, elaboradores de políticas públicas e o público. Ademais, a CIF fornece um sistema de codificação para sistemas de informação, permitindo a comparação de dados entre países e serviços de saúde em diferentes momentos. A propósito, a OMS estimula a utilização da CIF em diversas áreas, como saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas e políticas públicas.

A CIF, no entendimento de Zerbeto, Chun e Zanolli (2020), permitiu compreender a saúde em toda sua complexidade e integralidade, possibilitando assim o planejamento de estratégias para amenizar o impacto dessas alterações nos âmbitos individual e coletivo. No caso do cliente com sequelas de AVE, a utilização da CIF proporciona aos enfermeiros das equipes da ESF a oportunidade de elaborar planejamento de assistência e cuidado integral dessas pessoas, implementando estratégias com intervenções amenizadoras dos impactos decorrentes das alterações funcionais, emocionais, entre outras que as tornam deprimidas.

2.5 O enfermeiro na reabilitação física

De acordo com as reflexões de Machado *et al.* (2018), os enfermeiros de reabilitação precisam considerar que o enfrentamento das sequelas impostas às pessoas com deficiência adquirida requer superações de diversos aspectos, a começar por questões emocionais, sociais, culturais, de autoestima, sexualidade, imagem corporal, entre outras, fazendo com que a pessoa se submeta à reflexão sobre o verdadeiro sentido da própria existência. Momentos decisivos para que equipes de reabilitação implementem ações terapêuticas extramuros institucionais, tendo em vista se tratar de pessoa para cuidados de longo prazo, domiciliar.

Sabe-se que a reabilitação física surgiu como necessidade devido a fatores muito conhecidos que levaram à preocupação no cuidar e restabelecimento da saúde. Um fato se deu pela ocorrência do número de vítimas das guerras mundiais e o outro devido à grande revolução industrial e urbanização mundial, que aumentou o número de acidentes de trabalho devido à forte industrialização ocorrente para evolução dos países (GEOVANINI, *et al.* 2019).

A reabilitação física é um processo de desenvolvimento ou aprimoramento das funções motoras e habilidades do cliente, quando este perdeu seus movimentos temporariamente ou permanentemente provocado por algum tipo de trauma ou por sequelas de doenças como no caso do AVE.

É uma prática que requer o engajamento da equipe de profissionais, da família e do próprio cliente. São muitas mudanças e adaptações a uma nova rotina de vida que foi modificada brutalmente, seja no espaço físico domiciliar, no ambiente de trabalho, na capacidade humana de lidar com os estresses que acometerão ao longo da trajetória da recuperação desta incapacidade temporária ou até mesmo permanente (MACHADO, 2017).

Reabilitar é um processo educativo e assistencial, multiprofissional, que prima pela busca compartilhada do desenvolvimento das capacidades remanescentes, prevenção do

agravamento de incapacidades e do aparecimento de complicações (MANCUSSI e FARO; SOUZA, 2011), espaço no qual o enfermeiro pode atuar com maestria.

No meio acadêmico ou no campo prático, quando falamos de sequelas físicas ocasionadas por algum fator do tipo trauma ou por doenças crônicas precisamos compreender e ter bem definido em nossas mentes o que é incapacidade e deficiência, pois são dois termos distintos em vários aspectos, mas que se vinculam em muitos casos.

Desta forma, a deficiência pode ser definida como algo que é inerente à condição física e a incapacidade pode ser considerada como algo que está em menor proporção, reduzido, que está incapacitando o cliente a realizar algo.

A incapacidade é uma condição do deficiente físico em alguns aspectos, que pode estar ocorrendo por questões do tipo emocional, intelectual ou sensorial e não por uma deformidade física ou sequela física. Em contrapartida, a pessoa com deficiência tem déficits e limitações para executar ações da vida cotidiana por perda de capacidade física, principalmente quando nos referimos ao cliente acometido pelo AVE.

A demanda por serviços de reabilitação cresceu na última década e segundo Landry (2008), quatro fatores estão relacionados a este evento: crescimento da população idosa, aumento das doenças crônicas e complexidade das condições clínicas, avanço nos tratamentos e manejo de doenças e aumento da expectativa pública.

Segundo a OMS (2011), a deficiência será uma preocupação ainda maior nas próximas décadas devido ao fato da alta incidência, o aumento global de doenças crônicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais e, ainda, relacionado ao fato do envelhecimento das populações e risco maior de deficiência na população de mais idade.

O relatório emitido pela OMS em 2011 demonstrou que em todo mundo as pessoas com deficiência são as que mais procuram por atendimento médico quando relacionado às pessoas sem deficiência, porém as pessoas com deficiência (PcD) são as que menos conseguem ser assistidas pelos serviços de saúde no mundo e este fato está muito interligado também pela situação de baixa renda populacional, que é um fator preocupante, já que as pessoas que menos dispõem de recursos financeiros são as que precisam do serviço de reabilitação.

Já no que se refere à implantação de Centros de Reabilitação (CRs), este só foi organizado por meio da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, com a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência e a composição da equipe multidisciplinar responsável por tal assistência. Assim sendo, a inserção do enfermeiro da atenção básica é de fundamental importância para a reabilitação precoce do indivíduo, pois quando tem a alta hospitalar o seu primeiro contato ocorre através da ESF.

Posteriormente, por meio das diretrizes contidas na Portaria nº 793/2012, foi implementada a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, tendo entre seus pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), nela incluída a ESF que tem proximidade e um elo de comunicação efetiva com seus clientes.

Em um estudo realizado na Dinamarca, em 2013, com um grupo de enfermeiras da área hospitalar foi evidenciado que estes profissionais trabalham de forma a atuar na reabilitação física dos pacientes visando o cuidado familiar já no domicílio e, ainda, relatam que para elaborar um plano de cuidados de enfermagem é preciso que o enfermeiro conheça bem o cliente e suas necessidades como um todo, até mesmo antes das sequelas ocorridas.

Ainda neste estudo relatou-se que cada cuidado deve ser planejado de acordo com cada rotina, como tempo gasto para o banho, para alimentação, para locomoção, escovar os dentes, pentear os cabelos, entre outros cuidados. Especialmente no início, é importante que se conheça o paciente já na primeira etapa do processo de enfermagem, ocorrido na admissão de enfermagem, estabelecendo uma confiável relação com o paciente e os familiares nesta primeira etapa, que se denomina coleta de dados e é de suma importância para traçar todos os cuidados a serem ofertados ao cliente durante sua hospitalização e desospitalização. As enfermeiras consideram as necessidades de enfermagem do paciente como o valor central no processo de reabilitação à condição anterior ao evento do AVE.

2.6 Acidente Vascular Encefálico: etiologia, incidência, cuidados e reabilitação

O AVE, na concepção de Donkor (2018), é classificado como a segunda principal causa de morte em todo o mundo, com uma taxa de mortalidade anual de cerca de 5,5 milhões. Não há apenas o fardo do AVE residir na alta mortalidade, mas a alta morbidade também resultar em até 50% dos sobreviventes com deficiência crônica, portanto, o AVE é uma doença de imensa importância para a saúde pública, com graves consequências econômicas e sociais. O impacto do AVE na saúde pública deverá aumentar nas décadas futuras devido às transições demográficas das populações, particularmente nos países em desenvolvimento. Este artigo fornece uma visão geral do AVE no século XXI a partir de uma perspectiva de saúde pública.

De acordo com Forster, Hartley, Barnard, Ozer, Hardicre, Crocker *et al.* (2018), o AVE continua a ser uma doença importante, uma vez que mais de 1 milhão de pessoas que vivem no Reino Unido tiveram AVE e mais de 100.000 pessoas sofrem um AVE a cada ano. Quase dois terços dos sobreviventes de AVE deixam o hospital com deficiência. Os estágios iniciais da via de atendimento ao AVE estão se tornando mais prescritos (tratamento em unidades de AVE

agudo e de reabilitação), mas apesar das recomendações políticas, as estratégias para tratamento de longo prazo não são desenvolvidas e os resultados de longo prazo permanecem ruins para muitos sobreviventes de AVE e seus cuidadores. Muitos sobreviventes de AVE relatam necessidades não atendidas de 1 a 5 anos após o AVE.

Para abordar a oferta limitada de cuidados de AVE de longo prazo, desenvolvemos uma nova intervenção projetada para fazer parte de uma "estratégia de tratamento" replicável, destinada a melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes de AVE, abordando as necessidades não atendidas e aumentando a participação.

Na definição proposta pela Organização Mundial da Saúde em 1970, na qual "o AVE desenvolve rapidamente sinais clínicos de distúrbio focal (ou global) da função cerebral, com sintomas que duram 24 horas ou mais, ou levam à morte, sem causa aparente além de origem vascular", sua incidência já sinalizava necessidade de conjunturas de saúde e reabilitação consistentes. Muito recentemente, uma nova definição de AVE que incorpora critérios clínicos e de tecido foi proposta pela *American Stroke Association* para o século XXI. Esta definição é muito mais ampla e inclui qualquer evidência objetiva de morte permanente do cérebro, medula espinhal ou células da retina atribuída a uma etiologia vascular com base em evidências patológicas ou de imagem, com ou sem a presença de sintomas clínicos. O AVE tem representado enorme fardo para a saúde pública, que deverá aumentar nas próximas décadas devido às transições demográficas das populações, particularmente nos países em desenvolvimento. Isso coloca o curso no topo da agenda das questões de saúde pública no século XXI e é uma área importante para a pesquisa em saúde pública. (DONKOR, 2018).

O AVE, no entendimento de Fryer, Luker, McDonnell e Hillier (2016), é um evento súbito de saúde que tem um impacto considerável nos indivíduos, famílias e na comunidade em geral. Um AVE ocorre quando o suprimento de sangue a uma parte do cérebro é comprometido, causando danos ao cérebro e frequentemente afetando funções como movimento de partes do corpo, visão, engolir e comunicação. A OMS define o AVE como sinais clínicos de desenvolvimento rápido de distúrbio focal (às vezes global) da função cerebral, durando mais de 24 horas (a menos que seja interrompido por cirurgia ou morte), sem nenhuma causa aparente além da origem vascular. Embora o AVE ocorra como um evento agudo, constitui uma condição crônica de saúde e uma das principais causas de deficiência física de longo prazo. Os tipos mais comuns de deficiência resultantes de AVE são restrição de atividades físicas, uso incompleto de membros, dificuldade de agarrar ou segurar itens e dificuldades de fala.

Como asseveram Gallacher, Batty, McLean, Mercer, Guthrie, May *et al.* (2014), em estudo realizado na Escócia, o AVE é uma condição que pode ter um impacto considerável na

vida de um indivíduo. A comunicação deficiente entre pacientes e profissionais foi uma experiência comum, exacerbada pela fragmentação dos serviços de saúde e comunicação deficiente entre os próprios prestadores de cuidados de saúde, aspectos do cuidado do AVE que podem ser acentuados pela multimorbidade.

O derrame é a terceira causa de mortalidade depois do infarto do miocárdio e do câncer. Constitui a principal causa de deficiência adquirida em adultos. Após os 60 anos, essa patologia é a principal causa de morte em mulheres e a segunda causa em homens. A frequência, gravidade e custo do AVE o tornam um importante problema de saúde pública.

Em 2005, foi diagnosticado mundialmente que dentre os 35 milhões de mortes ocorridas por doenças crônicas, o AVE representou 5,7 milhões de casos. Desta forma pode-se perceber que o AVE constitui um problema de saúde pública mundial. E ainda, nos Estados Unidos, os respectivos custos anuais chegam a aproximadamente 58 bilhões de dólares. Na América do Sul tem incidência de até 183 casos da doença a cada 100 mil habitantes (ELLI; EGEDE, 2009).

Em 2002, a Agência Nacional Francesa de Acreditação e Avaliação (ANAES) enfatizou a importância do descondicionamento funcional e cardiovascular em pacientes com AVE. A gravidade desse descondicionamento depende da localização e do tamanho da lesão. A capacidade de exercício é 25 a 45% menor em pacientes hemiplégicos do que em indivíduos saudáveis e com mesma idade. Após um AVE, o consumo máximo de oxigênio cai para um valor médio entre 10 e 20 ml/kg por minuto. Visto que um valor de 15 ml/kg por minuto é necessário para a realização da maioria das atividades de vida diária, melhorar o consumo máximo de oxigênio durante a reabilitação torna-se uma questão crucial. (LETOMBE, CORNILLE, DELAHAYE, KHALED, MORICE, TOMASZEWSKI, OLIVIER. 2010).

De acordo com McCurley, Funes, Zale, Lin, Jacobo, Jacobs et al. (2019), o AVE é a 5ª causa principal de morte e uma das principais causas de deficiência entre adultos em países desenvolvidos, afetando cerca de 800.000 americanos a cada ano. O AVE ocorre sem aviso e muitas vezes leva a consequências devastadoras e transformadoras. Como o AVE pode resultar em morte, incapacidade profunda e perspectivas de vida alteradas para os sobreviventes, sua experiência pode causar sofrimento emocional extremo para pacientes e cuidadores. Embora os avanços nos cuidados endovasculares tenham melhorado drasticamente os resultados físicos e de reabilitação para pacientes com AVE, permanece uma necessidade urgente de abordar o sofrimento emocional substancial associado ao diagnóstico de AVE, tanto para pacientes quanto para cuidadores.

Os acidentes cerebrovasculares, como sublinhado no estudo de Govender, Naidoo, Bricknell, Ayob, Message, Njoko (2019), são uma das principais causas de morte e invalidez

em todo o mundo, com a taxa de incidência na África do Sul perdendo apenas para o HIV e AIDS. Vários autores destacaram que os sobreviventes de AVE experimentam múltiplas deficiências que negativamente influenciam sua capacidade de participar de suas atividades diárias pré-mórbidas. O sistema de saúde da África do Sul tem políticas e estratégias que orientam a reabilitação e reintegração da comunidade, um exemplo das quais é a Estrutura e Estratégia para Deficiências e Reabilitação; no entanto, a implementação de tais diretrizes continua sendo um problema. Apesar do enfoque do Departamento de Saúde na reengenharia da atenção primária à saúde, os sobreviventes de AVE ainda têm dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação.

Os idosos representam a maioria dos casos de AVE em todo o mundo. As sequelas pós-AVE frequentemente levam a uma vida mais isolada. Relações sociais restritas tornam os indivíduos mais velhos com AVE um grupo vulnerável, especialmente em termos de reintegração social. A reintegração na comunidade após um AVE depende muito do apoio da família, no entanto parentes próximos correm o risco de ficar sobrecarregados. Frequentemente resulta em dificuldades físicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais, que podem causar uma interrupção inesperada do ciclo de vida normal.

A expectativa de vida ainda está aumentando em todo o mundo. O envelhecimento da população leva a uma maior incidência de derrames, visto que o risco de sofrer um derrame aumenta com a idade. Combinado com um número maior de sobreviventes de AVE, muitas sociedades estão enfrentando grandes desafios — a carga de trabalho/carga financeira sobre os serviços — na reabilitação de AVE (PALLESEN, NÆSS-SCHMIDT, KJELDTSEN, PEDERSEN, SØRENSEN, BRUNNER *et al.* 2018).

O AVE é um grande problema de saúde na Coreia do Sul, como pontuam Kwon, Park, Kim, Han, Lee, Paik (2018). Representa uma das três causas mais comuns de mortalidade, e sua prevalência e encargos socioeconômicos relacionados estão aumentando. Além disso, o AVE causa prejuízos funcionais que levam à dependência nas atividades de vida diária, transtorno do humor e isolamento das atividades sociais, que conseqüentemente reduz a qualidade de vida relacionada à saúde.

A qualidade do atendimento integrado ao AVE, segundo estudo de Cramm, Nieboer. (2011), realizado na Holanda, depende do bom funcionamento da equipe, mas os profissionais nem sempre trabalham bem juntos. As perspectivas dos profissionais sobre os fatores que influenciam o funcionamento da equipe de AVE permanecem amplamente não examinadas. Compreender suas experiências é fundamental para identificar medidas para melhorar o

funcionamento da equipe. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que contribuíram para o sucesso das equipes interprofissionais de AVE percebidos pelos membros da equipe.

Relevantes as considerações de Cramm e Nieboer, (2011), em estudo realizado em país desenvolvidos e sem problemas de recursos orçamentários, embora os serviços integrados de AVE produzam resultados amplamente variáveis, os mecanismos subjacentes permanecem mal compreendidos. Sabemos que o trabalho em equipe interprofissional é considerado o componente central do cuidado integrado, uma atividade complexa que envolve muitos profissionais de saúde diferentes e que exige um funcionamento eficaz das equipes.

Os elementos críticos do cuidado são realizados completamente combinando as capacidades de cada membro da equipe. Os membros da equipe estão envolvidos na busca coletiva de informações para resolver problemas específicos e podem usar uns aos outros como fontes de informação. Equipes eficazes têm sido relacionadas à melhor responsividade do paciente, uso mais eficiente de recursos e aumento nos ganhos em saúde. Infelizmente, os profissionais nem sempre trabalham bem juntos, situação que pode afetar negativamente a qualidade do atendimento e dos serviços ao paciente.

Pode-se inferir que a desarticulação das equipes de saúde nos atendimentos integrais aos clientes com histórico de AVE é evidência constatada em diversas partes do mundo, independente de se tratar de realidades, ambientes e profissionais atuantes em países desenvolvidos, ricos ou pobres em termos de recursos financeiros para arcar com modelos de cuidados e assistência. Ao que se pode concluir que o maior problema está nas pessoas e não nos serviços em seus protocolos norteadores das práticas de cuidar de quem necessite de cuidados integrais.

As sequelas pós-AVE, de acordo com Pallesen, Naess-Schmidt, Kjeldsen, Pedersen, Sorensen, Brunner *et al.* (2018), levam a uma vida mais isolada cinco anos após o AVE. Relações sociais restritas tornam os idosos com AVE um grupo especialmente vulnerável, em termos de reinserção social. A reintegração na comunidade após o AVE depende muito do apoio dos membros da família, no entanto, parentes próximos podem estar sobrecarregados e em risco de desenvolver ansiedade e depressão.

O autocuidado pode oferecer aos sobreviventes de AVE um caminho para promover sua recuperação. Os programas de autocuidado para pessoas com AVE podem incluir educação específica sobre o AVE e seus prováveis efeitos, mas, essencialmente, também se concentram no treinamento de habilidades para incentivar as pessoas a participarem ativamente de seu tratamento. Esse treinamento de habilidades pode incluir resolução de problemas, definição de

metas, tomada de decisões e habilidades de enfrentamento (FRYER, LUKER, MCDONNELL, HILLIER. 2016).

Como sugerem Kidd, Lawrence, Booth, Rowat, Russell (2015), em estudo realizado na Escócia, os enfermeiros de AVE perceberam que apoiavam o autocuidado do AVE, educando os pacientes e sinalizando-lhes recursos e informações relevantes. Eles perceberam o estabelecimento de metas como uma estratégia importante, mas os indivíduos deveriam estar prontos, preparados e confiantes para aceitar sua parte no processo e assumir alguma responsabilidade pela autogestão. Suas narrativas revelaram que as demandas da cultura em que trabalhavam não os apoiavam na promoção e ajuda ao engajamento na autogestão. Eles estavam particularmente cientes de que qualquer trabalho adicional de autogestão que realizassem e facilitassem não deveria sobrecarregar sua já exigente carga de trabalho. Eles reconheceram a importância de seu papel de autogerenciamento, no entanto, muitas vezes lutaram para individualizar o suporte de autogerenciamento devido à falta de processos e sistemas de avaliação estruturados, a capacidade de adaptar o suporte de autogerenciamento e a falta de confiança em fazê-lo.

A questão da terminologia surgiu durante as discussões dos grupos focais; em particular, quais termos seriam usados para se referir à documentação de intervenção. Os termos inventário, diretriz e pasta de trabalho foram todos descartados; no entanto, as enfermeiras pareciam felizes e tinham familiaridade com o conceito de um "plano de ação de autogestão personalizado".

Dados de estudo realizado na África do Sul, bem similares ao presente estudo, salientam que os fatores ambientais, como espaço limitado dentro da casa, degraus na casa e na comunidade, e colinas íngremes e estradas promoveram a crença de que os sobreviventes de AVE não podiam sair de casa, o que aumentou seu isolamento social, pois isso restringiu sua capacidade de participar de atividades significativas ou socializar com a comunidade ou amigos. Além disso, o aumento da distância entre as casas dos sobreviventes de AVE e os serviços de reabilitação tornou o serviço menos acessível e mais caro em termos de custos de transporte. Indivíduos cadeirantes, devido à diminuição da mobilidade funcional, mostraram-se mais isolados e confinados em casa, o que intensificou seus sentimentos de exclusão social. O apoio social recebido pelos sobreviventes de AVE foi visto como um facilitador para a reintegração na comunidade. O apoio que os indivíduos recebiam aumentava sua motivação, evocava emoções positivas e diminuía o isolamento, o que promovia bons resultados funcionais, retomada de papéis e melhor participação em ocupações. Inevitavelmente, isso diminuía o isolamento social e levava à sensação de ser valorizado, o que é essencial para uma

reintegração comunitária eficaz (GOVENDER, NAIDOO, BRICKNELL, AYOB, MESSAGE, NJOKO, 2019).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A perspectiva de Brené Brown sobre a vulnerabilidade humana

A tese de doutoramento de Júlio (2020) nos apresenta Brené Brown com primazia. Segundo sua pesquisa, Brené Brown é Ph.D. em Serviço Social, pesquisadora da Universidade de Houston, professora e palestrante. Escreveu obras dentre elas “A arte da imperfeição” e “Mais forte do que nunca”, ambas muito bem difundidas que servem de norte para seus leitores.

Atualmente, Brené Brown mora em Houston com seu marido Steve e seus filhos. Ao cursar Serviço Social e após concluir seu curso de mestrado percebeu que o que gostava mesmo era de “consertar” gente e sistemas, mergulhando no desconforto da ambiguidade e da incerteza, criando espaços de solidariedade de modo a fazer com que as pessoas encontrassem seu próprio caminho, pois tinha certeza que a realização de seu curso, era a de que “estava ali para criar vínculo com as pessoas”, pois a conexão uns com os outros proporcionaria o sentido da vida, sem o qual o sofrimento seria uma certeza (BROWN, 2016).

De acordo com o ponto de vista de Brown (2016, p. 27-28), a vulnerabilidade não é algo bom nem mau: não é o que chamamos de emoção negativa e nem sempre é uma luz, uma experiência positiva. Ela é o centro de todas as emoções e sensações. Sentir é estar vulnerável. *“Acreditar que a vulnerabilidade seja fraqueza é o mesmo que acreditar que qualquer sentimento seja fraqueza. Abrir mão de nossas emoções por medo de que o custo seja alto significa nos afastarmos da única coisa que dá sentido e significado à vida”*.

Ela avança mais, e acrescenta:

O que muitos não conseguem entender, é que a vulnerabilidade é também o berço das emoções e das experiências que almejamos. Quando estamos vulneráveis é que nascem o amor, a aceitação, a alegria, a coragem, a empatia, a criatividade, a confiança e a autenticidade. Se desejamos uma clareza maior em nossos objetivos ou uma vida espiritual mais significativa, a vulnerabilidade com certeza é o caminho.

A vulnerabilidade das pessoas com sequelas de AVE se mostra contundente na medida em que percebem já não conseguir mais se movimentar como antes do episódio que as colocou na situação de não mais responder plenamente aos seus comandos cerebrais. Da mesma forma, exacerba-se ao perceberem que já não podem se comunicar verbalmente com seus familiares e

profissionais de saúde que lhes prestam cuidados nos serviços de urgência e emergência hospitalar, como os acometidos pela afasia.

Ainda de acordo com o pensar de Brown (2016, p. 34), ela assinala que se quisermos recuperar a parte essencialmente emocional de nossa vida, reacender nossa paixão e retomar nossos objetivos, precisamos assumir nossa vulnerabilidade e acolher as emoções que resultam disso. Para alguns de nós é um aprendizado novo e, para outros, uma recapitulação. *“A vulnerabilidade é a grande ousadia da vida. O resultado de viver com ousadia não é uma marcha da vitória, mas uma tranquila liberdade mesclada com o cansaço gostoso da luta”*. Cansaço com disposição para a luta, muitas vezes narrado por pessoas que vivenciam a experiência das limitações impostas pelas sequelas do AVE.

Como destacado por Fryer, Luker, McDonnell, Hillier (2016), a recuperação do AVE não depende apenas de melhorias nas deficiências relacionadas ao AVE. Humor, cognição, motivação e suporte social também são fatores importantes para o planejamento das intervenções das equipes atuantes na reabilitação em nível comunitário. Aproximadamente um terço dos sobreviventes de AVE têm transtornos de humor, com depressão e ansiedade medidas com mais frequência. Cuidadores de sobreviventes de AVE relatam distúrbios de humor como o problema mais estressante relacionado ao AVE e a depressão pós-AVE está associada ao aumento da incapacidade dessas pessoas para cuidar de si. Esses fatores formam uma interação complexa em que fatores físicos, funcionais, sociais e mentais se combinam para influenciar a qualidade de vida desses clientes.

Além disso, a participação em papéis vitais e o envolvimento em atividades em ambientes comunitários são frequentemente reduzidos após o AVE; em parte devido a problemas de transporte e mobilidade, mas também devido a problemas de comunicação e fadiga. Por outro lado, o aumento da participação está diretamente associado à melhoria da qualidade de vida, inevitavelmente.

Nesse aspecto, viver com ousadia, no entendimento de Brown (2016, p. 108), implica em abraçar a vulnerabilidade, o que não pode acontecer se a vergonha estiver no controle ou se o isolamento alimentado pela ansiedade estiver nos dominando. Ela assim observa: *“As duas formas mais poderosas de estabelecer um vínculo com alguém são o amor e a aceitação – ambas necessidades inegociáveis de homens, mulheres e crianças. [...] a crença no próprio valor [...] precisamos acreditar que somos merecedores dele”*.

Muitas vezes, após um episódio de AVE no qual as pessoas são flagradas com incapacidades funcionais, emocionais e sensoriais, decorrentes da lesão cerebral que resultou em deficiência física adquirida, elas se sentem envergonhadas pela nova imagem corporal.

Como bem pontua Brown (2016, p. 47), todos temos o bem e o mal, a escuridão e a luz dentro de nós, mas se não nos reconciliarmos com nossa vergonha, com nossos conflitos, começaremos a acreditar que há algo errado conosco, que somos maus, defeituosos e, pior ainda, começamos a agir com base nessas crenças. “Se quisermos ser pessoas plenas, estar inteiramente conectados com a vida, precisamos ficar vulneráveis. E para isso temos que aprender a lidar com a vergonha”.

Brown (2016) vai além e sublinha que a vergonha nos mantém atrofiados, tímidos e medrosos. Nas sociedades com tendência à vergonha, em que pais, líderes e administradores, consciente ou inconscientemente, estimulam as pessoas a vincularem a sua autovalorização ao que elas produzem ou à posição que ocupam, observa-se muito mais isolamento, culpa, maledicência, estagnação, favoritismo e uma total escassez de criatividade e renovação. Esses são comportamentos modelo vinculados a determinados paradigmas predominantes na sociedade, que tendem a confundir as pessoas com deficiência adquirida, inclusive com sequelas de AVE, porque excluem quaisquer possibilidades de acolhimento do outro que não se adequa aos seus padrões de “normalidade” na complexidade que permeia a condição humana.

A propósito do amor como base nas relações humanas, o pensamento de Maturana e Rezepka (2003), aborda com propriedade a essência do cuidado para com o outro, particularmente quando vulneráveis e suscetíveis ao medo. Segundo os autores, a biologia do amor é o fundamento humano. Somos seres amorosos e ficamos doentes quando se interfere no amor em qualquer idade. Mais ainda, o amor é o primeiro remédio para qualquer enfermidade. Comumente não vemos isto porque entendemos a dinâmica biológica e confundimos o que parece suceder nele a partir do que vemos em sua relação.

Como cuidar e assistir as pessoas com sequelas de AVE demanda dos enfermeiros reabilitadores dedicação e envolvimento para que eles avancem nos ganhos do cuidar de si, sirvo-me do pensar de Maturana e Rezepka (2003), quando eles afirmam que o amor é nossa base, a proximidade é nosso fundamento, e se os perdermos, procuramos sempre de novo recuperar o amor e a proximidade, porque sem eles desapareceremos como seres humanos, mesmo se nossa corporalidade permanece como entidade zoológica *Homo sapiens*.

Abordar as emoções negativas com equilíbrio, baseados no pensamento de Brown (2016), para que os sentimentos não sejam sufocados nem exagerados, constitui tarefa e aprendizado fundamentais para pessoas que vivenciaram perdas da própria identidade corporal. Segundo a autora, não podemos ignorar nossa dor e sentir compaixão por ela ao mesmo tempo. Para alcançar essa consciência equilibrada não devemos nos identificar demais com os pensamentos e os sentimentos, para não sermos capturados e arrebatados pela negatividade.

Esse é um exercício que os enfermeiros que atuam junto aos clientes com sequelas de AVE, devem fazer a curto, médio e longo prazos.

Ademais, pautados nas reflexões de Brown (2016, p. 100), sobre o enfrentamento bem-sucedido das próprias vulnerabilidades, requer considerar que o amor-próprio exige uma perspectiva vigilante e precisa quando sentimos vergonha e dor. Devemos lembrar também que a nossa dignidade, essa crença fundamental de que temos valor e somos o bastante, só aparece quando vivemos dentro da nossa história.

Ou assumimos as nossas histórias (mesmo as mais confusas) ou ficamos fora delas – negando nossas vulnerabilidades e imperfeições, desprezando nossas partes que não se encaixam com quem ou com o que imaginamos que devemos ser e condicionando nosso valor à aprovação dos outros.

No fundo, mesmo que se tente esquivar da percepção de incapacidade ou menor valia comparado com as demais pessoas sem deficiência, adultos jovens, entre outros, mais vulneráveis às questões de imagem e representação do próprio corpo, com isso com mais dificuldade para pedir ajuda, é imprescindível considerá-la de extrema necessidade. A esse respeito, Brown (2016), assevera que precisamos de pessoas que nos ajudem na tentativa de trilhar novas maneiras de ser e não nos julguem. Precisamos de uma mão para nos levantar quando caímos, e se nos entregamos a uma vida corajosa, levaremos alguns tombos. A maioria de nós sabe muito bem prestar ajuda, mas, quando se trata de vulnerabilidade, é preciso saber pedir ajuda também.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a ser desenvolvido junto aos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família do município de Paraíba do Sul, situado na Região Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

De acordo com Dyniewicz (2009, p. 102), os estudos descritivos “baseiam-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como é definida pelos seus próprios atores”.

Foi escolhida a abordagem qualitativa de aspecto prospectivo, pois segundo Silva (2001, p. 20) esta abordagem “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não

pode ser traduzido em números”. Segundo a autora, neste tipo de pesquisa a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas, não exigindo o uso da estatística, tendo o pesquisador a possibilidade de analisar seus dados indutivamente.

Como observa Gil (2007, p. 42), o descritivo “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada situação ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”.

4.2. Cenário

A pesquisa foi desenvolvida no município de Paraíba do Sul, localizado na região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro, com 42.159 mil habitantes e contando com as 21 equipes da Estratégia Saúde da Família, e cobertura de 100% da população e abrangência no município.

4.3 Participantes

Enfermeiros atuantes nas equipes de estratégia de saúde da família do município de Paraíba do Sul.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa os profissionais enfermeiros, que atuam na estratégia de saúde da família de Paraíba do Sul e possuem em suas unidades clientes regularmente cadastrados, que estejam em processo de reabilitação física devido à sequela física causada pelo AVE, isquêmico e/ou hemorrágico, com tempo de lesão inferior a 2 anos.

A escolha do tempo de ocorrência do AVE ocorreu pelo fato de no município ter pessoas com tempo inferior a 2 anos de AVE em tratamento no Centro de Reabilitação Física em processo de recuperação da sequela física, que é o tempo de corte para alta neste local e também de, após este período considerado já tardio, muitos já terem se recuperado das sequelas e não estarem sendo mais acompanhado pelos enfermeiros da ESF com tanta frequência como na fase inicial do AVE.

4.3.2. Critérios de exclusão

Como critério de exclusão adotamos os enfermeiros da ESF que não possuem em sua unidade clientes em tratamento de AVE com tempo inferior a 2 anos de sequelas físicas.

4.4 Coleta dos dados e instrumentos

Para atender a pesquisa foi realizada, como primeira etapa, a identificação dos clientes com sequelas físicas ocasionadas pelo AVE, na qual foi feita uma pré-análise dos prontuários dos clientes em tratamento no Centro de Reabilitação Física de Paraíba do Sul, para o levantamento fidedigno dos clientes com sequelas de AVE no município e para traçar a localização específica dos enfermeiros por ESF, facilitando assim a etapa da entrevista, já que os clientes que tiveram internados, ao receberem alta, são encaminhados a este centro para tratar o mais precocemente possível as sequelas ocasionadas pelo AVE. Assim, poderemos identificar e classificar os enfermeiros elegíveis para a pesquisa atrelando as suas respectivas unidades de saúde por cada área.

Todas as unidades foram identificadas a partir das fichas de prontuário dos pacientes que já se encontravam cadastrados e em processo de reabilitação e/ou aguardando pelo início do atendimento. Sendo assim, os endereços dos pacientes cadastrados no centro de reabilitação física do município puderam ser mais fidedignos, levando em consideração que todos os munícipes são direcionados para este tratamento de reabilitação quando apresentada a sequela física ainda no hospital do município, em processo de alta hospitalar. Assim, após esta primeira coleta de dados pudemos elencar as unidades nas quais pertenciam estes clientes e conseqüentemente seus bairros, para identificação dos enfermeiros que trabalhavam em cada unidade de saúde. Dentre as 21 unidades de ESF foram elencadas 11 unidades para contribuição com o estudo, são elas: Bela Vista, Liberdade, Centro, Eldorado, Santo Antônio, Morro da Alegria, Lava-pés, Palhas, Glória, Werneck e Niágara.

O período para coleta de dados foi entre os meses de fevereiro a março de 2020, após aprovação do Comitê de Ética da UNIRIO. O instrumento da pesquisa usado foi o de entrevista semiestruturada.

Cada entrevista, desde a etapa da apresentação da pesquisadora ao entrevistado, a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, apresentação dos objetivos do estudo e explicação do instrumento de coleta de dados, durou cerca de 40 minutos, porém devido à

necessidade de mais esclarecimentos sobre a pesquisa após o preenchimento do instrumento, a pesquisadora ainda precisou de mais 5 minutos para coletar dados de três enfermeiros.

Devido esta etapa de análise de dados requerer um tempo maior de dedicação e fidelidade nos dados, houve a necessidade de coletar informações que não ficaram bem esclarecidas ou foram deixadas de preencher, como tempo de atuação na unidade e quantidade de pessoas cadastradas nas unidades respectivas.

O fato de esta etapa ter se dividido em duas fases, uma presencial e outra pelo canal de celular, ocorreu devido ao início da pandemia e decreto do *lockdown* no município. As unidades de ESF foram fechadas, ficando abertas apenas duas unidades como referência para atendimento às necessidades da população para aquisição de medicamentos ou entrega de exames já realizados. Os enfermeiros destas unidades precisaram ser remanejados para o centro de referência, para atendimento aos clientes com covid-19.

Com propósito de preservar a identidade dos entrevistados, foram adotados códigos de identificação nas entrevistas com a sigla “ENF” seguido dos números 1 ao 11, identificando de acordo com a ordem cronológica que foram realizadas as entrevistas, dando-lhes assim maior segurança quanto ao anonimato. Durante toda a etapa da coleta de dados, foi mantida a dignidade dos participantes, respeitando seus momentos e suas opiniões.

Foi solicitado, no ato da entrevista, o contato telefônico de cada enfermeiro(a) a fim de esclarecer quaisquer dúvidas pertinentes a alguma parte da entrevista, possibilitando assim o envio de mensagens ou até mesmo contato telefônico, caso ocorressem dúvidas quanto ao preenchimento do roteiro de entrevista, já na etapa de análise e interpretação dos dados.

Após a autorização prévia pelos gestores municipais, a pesquisadora foi a cada unidade de ESF convidar os enfermeiros para participarem da entrevista, explicando a finalidade e as etapas da pesquisa. A pesquisadora faz a leitura e entrega o termo de consentimento livre esclarecido para cada entrevistado e aguarda seu preenchimento, além também de possíveis esclarecimentos de dúvidas quanto às questões ali contidas, tomando o cuidado para que não houvesse interferência nas respostas durante esta etapa.

O roteiro da entrevista continha informações sobre o perfil dos enfermeiros como: sexo, idade, unidade de saúde a qual pertence, quantos anos atua nesta unidade e há quantos anos atua como enfermeiro no município de Paraíba do Sul, quantos pacientes possuem em sua unidade de acordo com o perfil do estudo, quais as sequelas apresentadas e qual o tipo de AVE identificado nestes clientes. Na etapa aberta da entrevista foram realizadas perguntas sobre os cuidados e assistências prestadas aos clientes com AVE de cada ESF, sendo consideradas as perguntas sobre quais as orientações eram realizadas durante a visita domiciliar, se era feito

algum plano de cuidados a estes clientes, se encontram dificuldades por parte dos clientes/familiares em estar realizando o plano de cuidados prescritos pelo enfermeiro e quais os possíveis diagnósticos de enfermagem levantados para estes clientes na visita domiciliar.

4.5 Análise de dados

Em cada roteiro de entrevista foram analisados criteriosamente os aspectos quanto ao perfil dos entrevistados, para fins de conhecimento dos participantes da pesquisa e em seguida fizemos a transcrição das respostas abertas, demarcando cada fala por cores em cada semelhança de respostas encontradas nas orientações, nos diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados identificados. Esta etapa facilitou a análise e pudemos analisar o processo de intervenções da assistência de enfermagem interligadas à reabilitação física do cliente em seu domicílio.

Em todas as etapas da análise de dados foi utilizado como referência Minayo, para categorização nas análises dos dados, transcrição e interpretação dos resultados.

Para Minayo (2013, p. 303) a análise de conteúdo qualitativo representa as técnicas da pesquisa permitindo se tornar replicável e válidas as inferências sobre dado contexto.

A análise dos dados foi realizada a luz da análise de conteúdo, abordagem temática Minayo (2015), seguindo as três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Na primeira etapa, procura-se fazer uma leitura compreensiva do material selecionado, de forma exaustiva, atingindo níveis mais profundos, com objetivo do autor impregnar-se com o material.

Na segunda, realiza-se a exploração do conjunto do material selecionado, a análise propriamente dita, também chamada de categorização, que compreende fazer os recortes dos textos em unidades de registros, para posterior classificação e junção das unidades em categorias temáticas, com o objetivo de identificar os núcleos de sentidos.

Na terceira etapa de tratamento dos resultados/inferência/interpretação, procura-se colocar em evidência as informações fornecidas pela análise, por meio de quantificação simples. Assim, se faz a inferência em uma fase intermediária, entre o tratamento analítico e a interpretação dos resultados (Minayo, 2015).

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi apreciada e aprovada pela banca examinadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO em dezembro de 2019 e está em consonância com os termos da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tanto quanto no que dispõe a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 (Brasil, 2016), sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta resolução.

Assim, após a aprovação pelo CEP-UNIRIO deu-se início a etapa das entrevistas para a coleta de dados.

Foi trabalhado, com os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após a sua assinatura e a entrega de uma das vias para o participante, deu-se então o início destas entrevistas. No decorrer da pesquisa, todas as medidas em relação ao sigilo e confidencialidade dos participantes, assim como sua autonomia, foram e serão asseguradas, conforme os princípios éticos das resoluções já citadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

5.1 Perfil sociodemográfico dos entrevistados

O perfil sociodemográfico foi realizado no estudo por ser de suma importância para análise dos dados e conhecer os participantes da pesquisa, analisando assim as suas atividades diárias nos serviços de ESF com a prática do cuidar em enfermagem. Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o manual de diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral para que pudesse nortear estes cuidados de saúde não só pelos enfermeiros, mas de toda equipe multiprofissional envolvida no processo de reabilitação física, em todos os níveis de atenção à saúde.

A entrevista foi realizada com 11 enfermeiros que atuavam nos serviços de ESF do município de Paraíba do Sul/RJ. Com o intuito de conhecer melhor cada participante foi realizado no roteiro de entrevista perguntas sobre o perfil destes enfermeiros, envolvendo dados sobre a idade, sexo, localidade de trabalho, tempo de trabalho no município e na unidade na qual estava atuando no momento, tempo de formação na graduação, situação de trabalho, pois sabemos que a continuidade da assistência é importantíssima para estabelecimento do elo familiar e com o próprio cliente, o grau de instrução além da graduação, número de clientes com AVE em tratamento e acompanhamento pela unidade até 2 anos da lesão.

Tabela 1 - Características dos entrevistados quanto ao perfil sociodemográfico

Variáveis	n	%
Sexo/Gênero		
Masculino	2	18,2
Feminino	9	81,8
Idade		
até 40 anos	7	63,6
acima de 40 anos	4	36,4
Tempo como enfermeiro no município		
até 1 ano	2	18,2
2 a 5 anos	4	36,4
6 a 10 anos	5	45,4
Tempo de atuação no serviço		
até 1 ano	4	36,4
2 a 5 anos	7	63,6
Tempo de formação na graduação		

Fonte: autora, 2021.

até 5 anos	1	9,1
6 a 10 anos	7	63,6
11 anos ou mais	3	27,3
Situação de trabalho		
CLT	0	0
Concursado	9	81,8
Cargo comissionado	1	9,1
Outros	1	9,1
Grau de Instrução		
Graduação	1	9,1
Pós-Graduação	9	81,2
Mestrado	1	9,1

Dos 11 enfermeiros que realizaram as entrevistas, 9 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, tendo o sexo feminino 81,8% de representatividade e o masculino 18,2%. Quanto à idade dos entrevistados, até 40 anos são 7 (63,6%) e a partir de 40 anos temos 4 enfermeiros (36,4%), sendo a média de idade destes participantes de 37,8 anos.

O tempo trabalhado como enfermeiro no município ficou entre 4 meses a 10 anos. A maioria foi contratada em virtude do último concurso realizado no município, em 2013, e não possuía vínculo algum com o serviço de ESF antes do concurso. Trabalhando até 1 ano no município foram identificados 2 (18,2%) enfermeiros, de 2 a 5 anos, 4 (36,4%) enfermeiros e de 6 a 10 anos, 5 (45,4%) enfermeiros.

Considerando o tempo de atuação, até 1 ano trabalhado na mesma unidade temos 4 (36,4%) enfermeiros e de 2 a 5 anos, 7 enfermeiros (63,6%). O tempo médio de atuação na unidade varia entre 2 meses a 5 anos. Este dado é de grande relevância no estudo, pois devido à rotatividade dos profissionais enfermeiros nas ESFs do município pode haver uma quebra da continuidade da assistência e da confiabilidade do cliente e/ou familiar e consequentemente interfere no processo de reabilitação física e a retomada das AVDs do cliente pelo mesmo profissional que já tinha adquirido um vínculo com este cliente/familiar.

O tempo de formação na graduação até 5 anos é de 1 (9,1%) profissional, de 6 a 10 anos de formação possuem 7 (63,6%) enfermeiros e com 11 anos ou mais de formação, 3 (27,3%) enfermeiros. O profissional com menor tempo de formação tem 4 anos e o de maior tempo 24 anos, porém este profissional com mais tempo de formação é o que possui menor tempo de atuação no município.

Os profissionais enfermeiros, em sua maioria, são contratados por regime de concurso público, representando 81,8% dos entrevistados, 1 enfermeiro foi contratado por regime de

processo seletivo, representando 9,1% e 1 como cargo comissionado, ou seja, sem direitos trabalhistas por não ter vínculo empregatício contratual, e representou 9,1% desta parcela total.

Dentre estes profissionais enfermeiros, cerca de 9 possuem alguma especialização, ou seja, 81,2%, os outros 2 enfermeiros, 1 (9,1%) tem mestrado e 1 (9,1%) apenas graduação.

Tabela 2 - Número de pacientes com AVE em relação ao número de pacientes cadastrados na unidade

	AVE I	AVE H	Pacientes cadastrados	%
ESF 1	2	0	2.109	0,09
ESF 2	1	0	2.800	0,04
ESF 3	3	0	990	0,30
ESF 4	1	1	2.301	0,09
ESF 5	0	1	3.122	0,03
ESF 6	1	0	3.082	0,03
ESF 7	1	0	2.104	0,05
ESF 8	2	0	2.832	0,07
ESF 9	5	0	2.280	0,20
ESF 10	1	0	2.839	0,04
ESF 11	0	2	2.885	0,07
Total	17	4	27.344	1%

Legenda: AVEi = Acidente vascular encefálico isquêmico; AVEh = Acidente vascular encefálico hemorrágico.

Fonte: a autora, 2021.

A tabela 2 representa o quantitativo total de clientes cadastrados em cada serviço de ESF de Paraíba do Sul, relacionado ao número de pacientes que foram identificados com AVE isquêmico ou hemorrágico, a partir dos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

O município possui em cada unidade de saúde um número de pacientes cadastrados menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde, que são de 4.000 pessoas por serviço de ESF (MS, 2011).

No presente estudo pode-se notar que o maior dado não ultrapassa a 3.122 pessoas cadastradas por unidade, estando a maioria das unidades abaixo de 3.000 pessoas. Este dado, na verdade, ocorreu devido a um impulsionamento dos gestores municipais, que tendo conhecimento da legislação que rege a atenção básica em saúde, evidenciaram um número de clientes cadastrados acima do valor permitido nas ESFs e assim sendo, houve a necessidade de uma subdivisão destes serviços criando subunidades, a fim de favorecer toda população, uma vez que a unidade de saúde ficava em pontos estratégicos muito distantes de uma parte da população pertencente a mesma microárea.

Dentre as 21 unidades de saúde de ESF, somente 11 foram elegíveis para a pesquisa, contemplando os clientes com tempo inferior a 2 anos de lesão isquêmica ou hemorrágica.

Cada unidade de ESF possui apenas um enfermeiro, este ainda se divide entre as funções gerencial e assistencial. Outro dado relevante no estudo, que demonstra que conseguir trabalhar de forma alinhada dentro dos objetivos da atenção básica, no que se refere a prevenção e promoção da saúde, acaba se tornando uma meta quase impossível de ser alcançada, devido a demandas de serviços atribuídos a apenas um único profissional para atender cerca de 3 mil pessoas por unidade.

A ESF 1 e a ESF 8 tinham 2 clientes cadastrados com AVEi e nenhum com AVEh, sendo a ESF 1 (0,09%) com 2.109 pessoas cadastradas na unidade e a unidade de ESF 8 (0,07%), 2.832 pessoas cadastradas.

As unidades de ESF 2 e 10 tinham apenas um cliente, cada, com sequelas acometidas pelo AVE I, sendo que a ESF 2 (0,04%) possuía um total de 2.800 pessoas cadastradas e a ESF 10 (0,04%), 2.839 pessoas cadastradas na unidade.

A ESF 4 tinha 2 (0,09%) clientes com AVE, sendo 1 do tipo isquêmico e 1 do tipo hemorrágico e um total de 2.301 clientes cadastrados na unidade.

A ESF 5 não teve nenhum cliente com AVEi, mas teve 1 (0,03%) cliente com AVEh e 3.122 clientes cadastrados no total da unidade.

A ESF 6 e a ESF 7 tinham 1 cliente com AVE isquêmico e nenhum hemorrágico. A ESF 6 representou 0,03% do número total de clientes cadastrados em sua unidade, que foi de 3.082, e a ESF 7 teve uma taxa de 0,05% sobre o número total de 2.104 pessoas cadastradas.

Somente uma ESF teve 5 clientes identificados com lesão cerebral isquêmica e suas sequelas, a ESF 09, sendo 3.122 clientes cadastrados na unidade, representando deste total de cadastro 0,3% de clientes com AVE.

A ESF 3 possuía 3 clientes identificados com sequelas de AVE isquêmico, não obtendo nenhum cliente com sequelas por AVE hemorrágico, o número de clientes cadastrados na unidade era de 990 pessoas, sendo 0,3% identificados com AVEi.

A unidade ESF 11 não teve nenhum cliente com AVE isquêmico e teve 2 (0,07%) clientes com AVE hemorrágico e 2.885 pessoas cadastradas na unidade.

Durante a coleta de dados 01 cliente faleceu, tendo sido acometido duas vezes pelo AVE isquêmico, além de outras comorbidades associadas.

O número de clientes, no geral, cadastrados nas 11 ESFs somam 27.344, sendo 17 clientes acometidos pelo AVE isquêmico e apenas 4 pelo hemorrágico, o que representa uma proporção de 1% de clientes com AVE sobre o número total de clientes cadastrados, ou seja,

1% destes clientes sofreram com o AVE e precisam de acompanhamento da ESF e demais programas para melhoria de suas sequelas físicas, mentais ou sociais.

Dentro de uma perspectiva preventiva, a atenção primária à saúde funciona como ferramenta primordial no que tange à manutenção da capacidade funcional, por representar a principal estratégia na prevenção dos agravos relacionados às doenças crônicas e que podem levar à perda da capacidade funcional (GAVASSO, BETRAME; 2017). Para tal, se torna imprescindível a atuação do enfermeiro assistencialista executando apenas uma única função dentro das unidades de ESFs, podendo assim trabalhar de forma contínua e integral dando mais oportunidades a quem realmente precisa dos cuidados de enfermagem.

Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares cerca de 85% dos casos de AVE no Brasil ocorrem pelo AVE isquêmico e os outros 15% pelo AVE hemorrágico, porém as sequelas físicas deixadas pelo AVE hemorrágico são bem mais graves, quando não levam o cliente a morte.

Tabela 3 - Dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros em clientes com AVE

Variáveis	AVE I	AVE H	n	%
Fala	10	2	12	15,2
Sono	4	2	6	7,6
Deambula (arrastando)	11	2	13	16,5
Deambula com auxílio de muletas ou andador	6	1	7	8,9
Acamado totalmente	1	1	2	2,5
Acamado, mas com auxílio para se locomover até o banheiro	0	1	1	1,3
Dificuldade de se alimentar parcialmente	3	1	4	5,1
Dificuldade de se alimentar totalmente	1	1	2	2,5
Perda de memória	3	3	6	7,6
Segurar objetos	5	3	8	10,1
Se vestir sozinho	5	2	7	8,9
Banho	5	2	7	8,9
Outros: esquecimento, sexualidade, dificuldade de engolir saliva	3	1	4	5,1
Total	57	22	79	100

Legenda: AVE I = Acidente vascular encefálico isquêmico; AVE H = Acidente vascular encefálico hemorrágico.

Fonte: autora, 2021.

A tabela 3 identifica as dificuldades apresentadas pelos clientes acometidos pelo AVE, isquêmico e hemorrágico, evidenciadas pelos enfermeiros durante a rotina de visitas domiciliares. Os dados elencados nesta etapa foram todos constituídos pela autora a partir da análise do instrumento preenchido pelos próprios enfermeiros, no qual foram mencionados os itens elencados na tabela 3.

O maior comprometimento encontrado nos clientes com sequelas de AVE foi deambular com dificuldade, se arrastando, com 13 (16,5%) clientes, sendo 11 acometidos pelo AVE isquêmico e 2 pelo AVE hemorrágico.

O segundo comprometimento encontrado foi a dificuldade na fala, com 12 (15,2%) achados, sendo 10 clientes que apresentaram a sequela pela ocorrência do AVE isquêmico e 2 pelo hemorrágico.

Segurar objetos foi identificado em 8 (10,1%) dos clientes com AVE, sendo 5 ocasionados pelo isquêmico e 3 pelo hemorrágico.

Em seguida, foram pontuados 7 (8,9%) clientes com as seguintes dificuldades identificadas: deambulação com auxílio de muletas, 6 clientes acometidos pelo AVEi e 1 pelo AVEh.

A dificuldade apresentada pelo ato de se vestir sozinho foi identificada em 5 clientes com AVEi e 2 pelo AVEh.

Dificuldade para tomar banho sozinho, obteve-se 5 clientes acometidos pelo AVEi e 2 pelo AVEh.

Dificuldade para dormir, sono, foi identificado em 6 (7,6%) clientes, sendo 4 acometidos pelo isquêmico e 2 pelo hemorrágico.

Dificuldade para se alimentar parcialmente e outros (esquecimento e a sexualidade) foram identificados em 4 (5,1%) clientes. Na alimentação parcial 3 foram acometidos pelo AVE isquêmico e 1 pelo hemorrágico; no dado considerado outros (esquecimento e sexualidade) 3 foram acometidos pelo isquêmico e 1 pelo hemorrágico.

Perda de memória acometeu 3 (7,6%) clientes, sendo os 3 pelo AVE isquêmico.

Acamado totalmente foi representado por 2 (2,5%) dos clientes, sendo 1 acometido pelo isquêmico e 1 pelo hemorrágico.

Acamado parcialmente, que se locomove apenas para necessidades básicas e com auxílio e dificuldade para se alimentar totalmente foram identificados em apenas 1 (1,3%) cliente respectivamente. O acamado parcialmente foi acometido pelo AVE isquêmico e com dificuldade para se alimentar totalmente foi acometido pelo hemorrágico.

Gostaria de ressaltar que apesar de todos os clientes terem algum tipo de sequela, nem todos os clientes foram pontuados com a mesma dificuldade em toda a pesquisa, pelo fato de apresentarem dificuldades variadas e não sendo necessário serem pontuados todos num mesmo item de dificuldade.

Foi relatado pela enfermeira da ESF 10 que uma única paciente foi acometida pelos dois tipos de AVE, tanto hemorrágico quanto isquêmico, dentro do período de 2 anos, sendo o hemorrágico o causador de mais sequelas e que requereu mais cuidados assistenciais tanto da própria família quanto dos profissionais da ESF do município, além de estarem sendo acompanhados pelas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), do Melhor em Casa ou do Centro de Reabilitação Física.

Tendo a necessidade durante a análise de dados de buscar informações que ficaram faltando no instrumento de pesquisa de 1 enfermeiro da ESF 11, identificou-se que na pandemia do Covid-19, que teve início em março de 2020, logo após o período da coleta das entrevistas de modo presencial, 14 clientes que pertenciam a uma única área de abrangência de ESF sofreram AVE. Estes clientes que sofreram AVE após o período de coleta não entraram no estudo, mas houve a necessidade de citar esse dado, pois com a pandemia muitas unidades de ESF em Paraíba do Sul fecharam para obras e reformas aproveitando o *lockdown* e, assim, das 21 unidades cadastradas no Ministério da Saúde, apenas 2 ficaram à disposição da população, este fato confirma a necessidade do serviço de atenção básica à saúde atuante, principalmente de foram preventiva a doenças.

Com a necessidade do município em fazer centros de referências de covid espalhados pela cidade, muitos profissionais foram remanejados para atender clientes vítimas do covid. Neste período, todo o trabalho que já vinha sendo realizado, principalmente a visita domiciliar, ficou prejudicada e a população desassistida para a prática de intervenção de enfermagem em vários aspectos.

A vulnerabilidade humana, como enfatizado muito bem por Brené Brown, se destaca por tratar-se das sensações, medos e angústias experimentados por nós quando nos sentimos envergonhados pela fragilidade humana, principalmente acometida nestes pacientes com AVE. As dificuldades aqui destacadas demonstraram as sequelas adquiridas após a ocorrência do AVE, que conseqüentemente traz em muitos clientes e familiares a insegurança, e este cliente evita situações de exposição que vão levá-los a ter esses sentimentos, demonstrando suas fraquezas físicas, emocionais e intelectuais.

O cliente após o AVE que apresenta uma deformidade, como deambulação arrastada, o desvio da comissura labial ocasionando muitas vezes a disfagia, disfonia ou até mesmo a afasia,

um membro superior “caído” por fraqueza muscular, ele sente vergonha da exposição corporal por apresentar estas fragilidades tanto para seu companheiro, quanto para a sociedade.

Ao redor de 25% dos doentes que sofrem AVE falecem no primeiro ano e 25% ficam com sequelas graves e/ou incapacitantes (GAGLIARDI, 2009).

Quando o indivíduo reconhece suas potencialidades, sendo estimulado para as ações de autocuidado, torna-se mais ativo e participativo, refletindo positivamente na autoimagem e autoestima (NUNES, LIMA, FONTES, 2017). Isto favorece todas as etapas do processo de enfermagem.

A Teoria do Déficit do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem é focada na promoção e manutenção da saúde dos indivíduos, para que seja executada a condução do autocuidado por si próprio. Quando o autocuidado não é possível se instaura o déficit do autocuidado, neste caso, há a necessidade de serem implementadas medidas para preservar e fomentar esse plano de cuidado através da enfermagem (SANTOS, RAMOS, FONSECA, 2017). No déficit do autocuidado é preciso destacar a importância da assistência do profissional enfermeiro, para instaurar o plano de cuidados no domicílio com sucesso para o autocuidado.

Assim, o enfermeiro da ESF tem um papel fundamental no contexto do cuidar ao cliente acometido com AVE. Para que cuide integralmente, o enfermeiro precisa então conhecer o ser objeto do cuidado, compreender seu interior, bem como suas deficiências exteriores e associar o conhecimento técnico ao conhecimento científico (SANTOS *et al.*, 2017). Desta forma o processo de reabilitação, a diminuição das sequelas físicas e o retorno as suas atividades antes da lesão podem ser satisfatórias e evitarem novos agravos.

Para Carpenito-Moyet, (2016, p. 2)

A Síndrome do Déficit do Autocuidado é compreendida como o estado em que o indivíduo apresenta função motora e cognitiva prejudicada, levando a diminuição da capacidade para a realização das atividades da vida diária (AVDs), que constituem ações básicas do cotidiano, como alimentar-se e deambular.

A prática baseada em evidências científicas deve ser reconhecida e adotada pela enfermagem para que o cuidado potencialize a melhoria da saúde das pessoas, bem como da comunidade. A concepção das teorias na área da enfermagem seleciona fatos formando uma base científica, deixando assim, o modo empírico de assistência ao cuidado. Com este parecer os indivíduos passam a ser considerados dentro de um espectro mais amplificado, estando à mercê das condições ambientais, sociais e humanas que interferem positiva ou negativamente podendo facilitar ou limitar sua capacidade para comprometer-se com o autocuidado (PIRES *et al.*, 2015).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem foi estruturada por Orem com a característica de ser um esquema de sistemas de enfermagem que ocorrem através de ações e intervenções concretas, diferentes, produzidas por enfermeiros e pacientes em situações de cuidado, depois de serem identificados os problemas e déficits, sendo orientados a uma unidade de cuidado dependente, ou a grupos cujos membros apresentam limitações análogas com o intuito de que adotem o autocuidado, a famílias e outras unidades que envolvam muitas pessoas (RIBEIRO, 2019).

Segundo Orem, em sua teoria, a prática diária da enfermagem possui enorme semelhança à prática de autocuidado, considerando que as ações dos enfermeiros contemplam as características e a capacidade de tipos específicos de determinadas intervenções associadas diretamente ao cuidado. Quando se estabelece que a prática de enfermagem é apresentada para que se determine o bem-estar dos outros e a ação de autocuidado, estas são concebidas e implementadas em benefício ao próprio bem-estar do indivíduo ou mesmo da coletividade.

Para utilizar estes sistemas a enfermagem precisa compreender os elementos de poder que o indivíduo, comunidade ou grupo dispõem. Nestes elementos podem ser constituídos critérios que irão nortear o indivíduo em sua prática do autocuidado, que são: a capacidade em manter a atenção, capacidade de argumentação, tomada de decisão, a construção do conhecimento, a realização das ações, o ordenamento de ações de autocuidado de adaptações com o intuito de atingir os objetivos, a realização e incorporações de atividades de autocuidado na rotina e as habilidades desenvolvidas no dia a dia para as execuções de ações e o nível de motivação (MENEGUESSI *et al.*, 2013).

Tabela 4 - Sequelas identificadas nos clientes acometidos pelos dois tipos de AVE, isquêmico e hemorrágico

Variáveis	Isquêmico	Hemorrágico	n	%
Neurológica (esquecimento, perda de memória e crise convulsiva)	2	2	4	13,0
Emocional (tristeza, choro, medo e rejeição ao corpo)	4	1	5	16,1
Hemiparesia D	2	1	3	9,7
Hemiparesia E	3	3	6	19,3
Hemiplegia D	4	2	6	19,3
Hemiplegia E	4	1	5	16,1

Hemiparestesia D	2	0	2	6,5
Hemiparestesia E	0	0	0	0
Total	21	10	31	100

Legenda: Direita (D) Esquerda (E)

Fonte: autora, 2021.

As sequelas físicas mais evidenciadas nos 21 clientes foram: hemiparesia (E), 6 clientes e hemiplegia (D) também com 6 clientes, representando ambas 19,3% das sequelas ocasionadas pelo AVE. A hemiparesia (E) foi identificada em 3 clientes com AVE isquêmico e 3 no hemorrágico.

Em segundo, hemiplegia (E) e sequela emocional com 16,1%. Na hemiplegia (E) foram 5 casos ao todo, sendo 4 casos por AVE isquêmico e 1 de AVE hemorrágico. A sequela emocional apresentou 5 casos de AVE, sendo 4 por AVE isquêmico e 1 por AVE hemorrágico.

Apesar do AVE, tanto isquêmico quanto hemorrágico, acometer o sistema neurológico, nem todos os clientes foram pontuados no estudo como tendo sequelas neurológicas, devido ao fato de terem sido considerados pela pesquisadora distúrbios como esquecimento, perda de memória e até mesmo crise convulsiva, que podem ocorrer em alguns casos, mas não foram identificados por nenhum enfermeiro(a) no presente estudo.

A sequela neurológica foi identificada num total de 4 (13%), sendo 2 no isquêmico e 2 no hemorrágico.

Na sequela emocional os achados considerados como sequela emocional foram: tristeza, choro, medo e rejeição ao corpo.

Hemiparesia (D) ocorrem em 3 (9,7%) clientes, sendo 2 no isquêmico e 1 no hemorrágico.

Hemiparestesia (D) ocorreu em 2 casos, representando 6,5% dos clientes.

A hemiparestesia (E) não foi identificada em nenhum cliente nas entrevistas, pontuando assim 0 (zero).

Segundo Paixão e Silva (2009 *apud* CARVALHO, *et al.*, 1998) a maioria dos sobreviventes por AVE exibirão deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas. Estas sequelas despendem um valor muito relevante aos cofres públicos no mundo todo, visto que o AVE deixa muitas sequelas física, neurológica, emocional e até mesmo intelectual.

No ano de 2011, 179.175 pessoas foram internadas pelo SUS por causa do AVE, um custo de 197,9 milhões de reais. Isto acarreta também grandes gastos, tanto para o seu

tratamento específico quanto para o processo de reabilitação, ocasionando um ônus familiar e social elevados (NUNES, FONTES e LIMA, 2017). O ônus familiar é um dos principais fatores relacionado à demora no processo de reabilitação física, pois a maioria dos clientes acometidos com AVE vem de classe social mais baixa, sem acesso aos serviços públicos e sem moradia adequada para reabilitar, e sem condição financeira alguma para despesas extras com tratamento.

Sem condições financeiras e sem acesso a serviços públicos locais, o cliente com AVE aumenta suas perdas motoras, ocasionando atrofia muscular, maior debilidade na fala, comprometimento na alimentação, na higiene pessoal e outros.

O AVE é uma doença comum e de grande impacto na saúde pública mundial, por ser a principal causa de incapacidades neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas (ANDRADE *et al.*, 2009).

Segundo Raimondo *et al.* (2012), Orem evidencia a relevância da participação do cliente para o autocuidado, isto, pois é imprescindível que o próprio considere que possui a necessidade em assumir a responsabilidade no seu tratamento. Com o progresso da enfermagem baseada na assistência fundamentada por princípios teóricos fica evidente esta evolução. A aplicação de teoria à prática é de essencial importância no desempenho profissional (RAIMONDO *et al.*, 2012).

E ainda, Andrade (2009) cita que a deterioração da qualidade de vida ocorre em pelo menos dois terços desta população que sofreu AVE, ficando acometido com algum grau de deficiência, tornando-os dependentes de cuidados para se vestir, deambular, falar, ver ou sentir e, por muitas vezes, incapacitados de exercerem suas funções diárias.

Através do alicerce baseado na teoria de Orem, a implementação da consulta de enfermagem auxilia de maneira estrondosa a execução das demais etapas do processo de enfermagem, que são: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação.

A forma de comunicação das informações utilizadas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde possui potencial para o desenvolvimento de um maior desempenho do indivíduo a favor de sua saúde. Para tal comprometimento é preciso que a relação terapêutica entre enfermeiro e cliente seja firmada e que um e o outro sejam ativos no processo de cuidado, fundamentando assim, o sistema de apoio e educação. (MOURA *et al.*, 2014)

Tabela 5 – Frequência de visitas domiciliares

1x/semana	2
Até 15 dias após a alta e 1x/semana	3
Até 15 dias após a alta e 1x por mês consequentemente	2
Até 30 dias após a alta	1
Outras	3
Total	11

Fonte: autora 2021.

Em relação à frequência de visitas domiciliares, foi evidenciado nas entrevistas que os enfermeiros não possuem um planejamento mensal de visitas domiciliares (VD), em relação à frequência destas visitas após a alta hospitalar dos clientes que sofreram o AVE. Existe um dia fixo da semana e horário, mas o agendamento é conforme a necessidade evidenciada ou solicitação de algum familiar em livre demanda, não sendo necessariamente um cliente com sequelas de AVE em acompanhamento de rotina.

A visita domiciliar é identificada pelos próprios profissionais da atenção básica e do programa Melhor em Casa, através da parceria com hospital do município, que emite semanalmente um comunicado via e-mail para os serviços de reabilitação física e coordenação da ESF para informar os nomes e localidade destes clientes que tiveram alta naquela semana. Na ocorrência desta notificação é agendada a visita domiciliar previamente, às vezes na mesma semana ou para semana seguinte.

No caso de clientes que recebem alta de outra instituição hospitalar, o próprio familiar vai em busca da reabilitação e acompanhamento médico ou na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ocorre uma vez por mês em cada domicílio, ele também identifica a internação e seu motivo e realiza o agendamento da visita com a equipe multiprofissional.

Os enfermeiros também contam com a ajuda dos profissionais do NASF neste processo de reabilitação e fazem a visita agendando previamente com o ACS ou familiar, para que tenha alguém em casa aguardando esta visita.

Quando analisadas as entrevistas surgiu uma inquietação de minha parte diante de todas as respostas às perguntas. Sempre que foram citados alguns profissionais da equipe multiprofissional em nenhum momento foi falado sobre a equipe de saúde bucal, que também é importantíssima neste processo do cuidar, e foi colocado que não existe uma rotina de visita

domiciliar com os enfermeiros e outros profissionais da saúde. Normalmente as ações acontecem apenas dentro das unidades de ESF.

Todos os entrevistados conseguem realizar a visita domiciliar até 30 dias da alta hospitalar. Na opção de outras frequências de visita, ocorre apenas uma vez no mês, sem período preconizado, porém afirmam conseguir realizar dentro dos 30 dias após a alta. Eles reconhecem a importância da visita domiciliar precocemente, com o intuito de orientar a família quanto às mudanças nas rotinas do cliente e o resgate da autonomia funcional.

A visita domiciliar se constitui como um processo importante no restabelecimento da saúde do cliente, quanto mais precoce for realizada, menores serão as complicações e o agravamento das sequelas decorrentes do AVE, como atrofia muscular, perda da força muscular, risco de broncoaspiração ou sufocamento ocasionado pela disfagia, abertura de feridas ocasionadas pela queda ou até mesmo devido ao cliente estar acamado não podendo deambular, infecções e vários outros fatores que vão levar a descontinuidade da assistência de enfermagem e a piora do quadro clínico, situações estas que impossibilitam a recuperação o mais precoce possível e que podem até mesmo levar ao óbito.

A Portaria nº 963/2013, em seu artigo 2, caracteriza a visita domiciliar por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O cuidado domiciliar realizado pelo enfermeiro, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 267, consiste na prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio.

Este cuidado do enfermeiro na atenção domiciliar para o cliente que sofreu AVE é importantíssimo na continuidade da assistência à saúde e deve ser realizado o mais precoce possível para identificação das necessidades básicas e para nortear as demandas neste domicílio após a alta hospitalar, que são muitas para resgatar a condição anterior à lesão.

5.2 Categorização das entrevistas

Após a coleta de dados, realizamos a leitura do material para identificação de possíveis etapas das entrevistas sem preenchimento ou inconclusivas por parte dos participantes. Desta forma, os itens não preenchidos foram coletados via *whatsapp*, pois em virtude do início da pandemia do Coronavírus e as unidades terem sido fechadas ocorreu a impossibilidade da pesquisadora concluir de forma presencial os dados.

Ao término desta fase de pré-análise, deu-se início a fase de exploração do material, a transcrição das informações contidas no instrumento de coleta de dados. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e passadas para o Word, a fim de organizar todo conteúdo de cada uma das perguntas abertas. Foram realizadas quatro perguntas abertas, a primeira a saber sobre quais as orientações eram fornecidas ao cliente durante a visita domiciliar em relação à acessibilidade para os cuidados de enfermagem no domicílio, a segunda se era sugerido algum plano de cuidados de enfermagem por escrito durante as visitas domiciliares, a terceira pergunta, se o enfermeiro encontrava dificuldades para realizar o plano de cuidados e, a última, era quais os diagnósticos de enfermagem eram levantados na consulta de enfermagem durante a visita domiciliar.

As 11 entrevistas foram analisadas em todo seu contexto, algumas respostas foram bastante semelhantes e percebeu-se o intuito de alinhar o mesmo cuidado ou orientação. Após esta etapa identificamos a correlação de cada resposta dos entrevistados, para extrair as categorias. Utilizando canetas coloridas foram destacadas de cada trecho das entrevistas, as falas que se relacionavam e davam o mesmo significado para construção das três categorias e organização do *corpus*: orientações de enfermagem durante a visita domiciliar, planos de cuidados e suas dificuldades na execução e diagnósticos de enfermagem na atenção domiciliar na gestão da independência funcional.

A categorização, para Minayo (2007), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Na terceira etapa, de resultados, a pesquisadora buscou quantificar o número de falas, interpretando-as e analisando cada entrevista para responder aos objetivos do estudo.

Tabela 6 - Categorização das entrevistas

Participantes	Extratos de discursos	Categorias	UR
Enf 3 - 38 anos	Oriento quanto aos cuidados com quedas, a remoção de tapetes e adesão de rampas em casa, instalação de grades de proteção no banheiro, na cama e a estimular a mobilidade dos membros. Encaminho o paciente para reabilitação física no centro de referência.	Orientações de enfermagem durante a visita domiciliar.	50
Enf 5 - 34 anos	Adaptar a casa conforme necessidade: com rampas e portas largas, barras de apoio no banheiro, cadeira de banho e de rodas para transporte.		
Enf 7 - 32 anos	Ingesta hídrica adequada, alimentação saudável, prática de atividade física que		

	estímulo a parte cognitiva, monitoramento da pressão arterial.		
Enf 8 - 43 anos	Mudança de decúbito, cuidados com a higiene corporal, adequar oferta de dietas, estimular fisicamente e mentalmente o paciente.		
Enf 2 - 43 anos	Referencio para o serviço de fisioterapia e equipe multiprofissional do NASF.		
Enf 4 - 47 anos	Acompanhamento familiar, capacitação dos familiares para as condutas de cuidados e identificação de problemas, comprometimento familiar, envolvimento com a rotina e levar em conta as questões emocional e psicológica do cliente.		
Enf 6 - 30 anos	Oriento aos familiares para observar mudanças no estado geral.	Plano de cuidados e suas dificuldades para execução.	27
Enf 10 - 43 anos	Oriento a família a informar qualquer mudança ao médico, solicito apoio do NASF e melhor em casa.		
Enf 11 - 37 anos	Promoção do autocuidado compartilhado sempre que possível, envolvimento de todos os profissionais da atenção básica no cuidado do paciente e a adesão ao tratamento.		
Esf 3 - 38 anos	Déficit no autocuidado para vestir-se, déficit no autocuidado para alimentar-se, déficit no autocuidado para banho e higiene, deambulação prejudicada e mobilidade física prejudicada.	Diagnósticos de enfermagem na atenção domiciliar na gestão da independência funcional.	12
Enf 5 - 34 anos	Risco de broncoaspiração e risco de queda.		
Enf 6 - 30 anos	Risco de quedas, risco de nutrição prejudicada.		
Enf 8 - 43 anos	Mobilidade física prejudicada e mobilidade corporal diminuída.		

Fonte: autora, 2021.

Para construção das categorias foram utilizadas as seguintes perguntas no instrumento de pesquisa:

1. Quais orientações são fornecidas ao cliente e familiares durante sua visita domiciliar em relação à acessibilidade para os cuidados de enfermagem no domicílio?

2. Você sugere algum plano de cuidados de enfermagem por escrito durante as visitas domiciliares para facilitar no processo de reabilitação física deste cliente? Quais? Descreva-os.
3. Você encontra alguma dificuldade para que o cliente realize o plano de cuidados prescrito por você? Identifique essas dificuldades.
4. Quais diagnósticos de enfermagem são levantados na consulta/visita domiciliar para este cliente com AVE?

Mediante contribuições de leitura e análise das informações obtiveram-se as seguintes categorias: orientações de enfermagem durante a visita domiciliar, plano de cuidados e suas dificuldades para execução e diagnósticos de enfermagem.

5.3 Orientações de Enfermagem durante a visita domiciliar

Possibilitou identificar que dos 11 enfermeiros participantes da pesquisa, 9 enfermeiros citaram sobre a importância de estimular a locomoção, mobilidade física e mudança da mobiliário relacionado ao diagnóstico de quedas devido à dificuldade na deambulação, que foi afetada na maioria dos clientes levantados, adotados como critério de inclusão no estudo e, ainda, subsequente a esta mobilidade, a atividade física foi associada para melhoria na reabilitação física. Outros fatores que também estão relacionados à queda e foram citados no estudo são: remover tapetes, instalar grades de proteção na cama e barras de apoios em escadas e banheiro no domicílio, para adaptação às novas mudanças ocasionadas pelas sequelas que ficaram do AVE.

Sobre as orientações quanto à alimentação 5 enfermeiros citaram sobre a alimentação saudável, equilíbrio na dieta e ingestão hídrica adequada, o enfermeiro 1 ainda coloca o controle glicêmico e do colesterol, associado aos fatores condicionantes que é uma das causas que pode levar o cliente a sofrer um AVE.

Em relação à higiene corporal, banho e higiene da parte íntima após a realização das necessidades fisiológicas, foram citadas por 6 enfermeiros. Os enfermeiros percebem a necessidade de capacitar o familiar para o cuidado, porém com olhar para possíveis complicações que possam ocorrer por falta de orientação, alguns enfermeiros relatam cuidados gerais pensando em outros fatores comportamentais, para observação de novos episódios de um novo AVE.

Apenas 1 enfermeiro tinha em sua área um cliente acamado totalmente e as orientações sobre a mudança de decúbito foi citada apenas uma única vez na entrevista, porém podemos associar na fala do enfermeiro com o cuidado com a pele relacionada a abertura de lesões por pressão nas proeminências ósseas, devido a debilidade física deste cliente impossibilitando a deambulação. Esta cliente veio a óbito semanas depois de termos feito entrevista, por outras causas, e não por novo episódio de AVE.

Assim, quero ressaltar a importância do acompanhamento e a visita domiciliar para todos os clientes que dispõem de alguma comorbidade e estão impossibilitados por algum motivo de ir à procura de serviços de saúde. As orientações que são fornecidas neste domicílio durante a visita domiciliar são de suma importância para o controle da doença, a estabilização do quadro clínico e até mesmo a não ocorrência de novos episódios da doença ou até de outras complicações que podem surgir por falta de esclarecimento da população. A ausência de um planejamento de cuidado por escrito dificulta alguns clientes na execução do cuidado, por não lembrarem mais o que foi dito ou até por não ter sido entendido de maneira correta o que foi passado verbalmente.

Sobre a orientação de exercício físico, 4 enfermeiros citaram este cuidado como prática de orientação no domicílio, sob supervisão e acompanhamento de algum familiar ou profissional de fisioterapia.

Uso correto das medicações e seguir as prescrições médicas corretamente foi citado por 2 enfermeiros.

Apenas 1 enfermeiro orienta a família quanto à verificação da pressão arterial com periodicidade e a realização de exames de rotina.

Todas as orientações a serem seguidas relacionadas a um cuidado que era da enfermagem no âmbito hospitalar passam a ser do familiar enquanto cuidador no seu domicílio e principalmente do enfermeiro de atenção básica em saúde, porém sabemos que as unidades de saúde de ESF não abrem nos finais de semana e feriados e, assim, este cuidado então fica dividido entre a família e a equipe de enfermagem da ESF.

Os cuidados básicos que a enfermagem executa devem estar muito bem esclarecidos e são considerados de grande importância para o processo de readaptação e recuperação do cliente. Entre estes cuidados podemos destacar curativos em feridas quando ocorrem lesões por pressão ou quedas, verificação da pressão arterial, verificação de glicemia capilar em jejum, higiene íntima e outros, porém cabe ressaltar que os cuidados específicos do enfermeiro domiciliar, principalmente no que tange a cuidados invasivos, são privativos dos enfermeiros e devem ser organizados e agendados para execução desta prática somente com este profissional.

Os demais cuidados que não são invasivos podem ser executados pelo cliente ou pelo familiar cuidador. No plano de cuidados devem estar muito bem claras estas atribuições privativas dos enfermeiros. Dentre estes cuidados específicos cabe ressaltar alguns mais comuns realizados no domicílio, como o cateterismo vesical, cateterismo nasoenteral, o desbridamento de feridas até 2º grau e a administração de medicação por via endovenosa.

E1 “Realizar exercícios físicos regulares e moderados com auxílio do profissional, ter uma alimentação saudável e equilibrada, controlar o nível de açúcar no sangue, controlar o nível de gordura no sangue...”

E3 “Cuidados com quedas, remover tapetes e colocar rampas, instalar grades de proteção em banheiro e grades na cama, manter e estimular a mobilidade e movimentos de membros.

E4 “Adaptar a casa conforme necessidade, com rampa e portas largas, barra de apoio no banheiro...”

E11 “Quanto ao uso correto de medicações, promoção do autocuidado quando possível ou compartilhado, quantos aos riscos de acidentes domésticos...”

Dos 11 entrevistados, 9 falaram sobre a questão da acessibilidade no próprio domicílio com adaptações e até modificações do ambiente ou da estrutura física do imóvel, como portas mais largas.

As orientações de enfermagem fornecidas ao cliente e familiares durante a visita domiciliar relacionada à acessibilidade para os cuidados de enfermagem no domicílio, os enfermeiros conseguem realizar, porém em algumas unidades de área mais carente o familiar não consegue compreender as estratégias de orientação ao cuidado durante a fase de recuperação e adaptação do familiar em domicílio. Algumas famílias se encontram em situação onde só vive o casal idoso e sem o devido entendimento sobre seus direitos e deveres a serviços públicos de saúde. Nesta etapa, a equipe de saúde da família precisa intervir de forma mais ativa desde marcação de exames, entrega de medicamentos, marcação de transporte para locomoção deste cliente e seu acompanhante, consultas com especialistas devido à dificuldade de acesso e compreensão da importância de dar continuidade ao tratamento.

A atenção domiciliar (AD) é definida como uma forma de cuidado no âmbito do domicílio, sendo caracterizada por desenvolver ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento, palição ou reabilitação das condições de saúde (SILVA *et al.*, 2019)

A independência na realização das AVDs é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social (ANDRADE, 2010)

A necessidade de redefinição de papéis entre os membros da família, a “escolha” de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados e, em muitas vezes, a adequação do

ambiente visando atender as demandas do familiar doente que retorna ao lar, podem causar um impacto econômico e social que alteram a estrutura familiar (PERLINI, FARO; 2005).

A definição para o autocuidado, segundo Orem, corresponde ao desempenho ou a prática de procedimentos que as pessoas realizam de alguma maneira para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Portanto, para que seja reconhecido como universal, não pode se limitar às atividades de vida diária e às instrumentais, mas deve abarcar todas as particularidades vividas, como as crenças, os antecedentes sociais e culturais (GRADE, 2018).

A Teoria de Enfermagem de Orem compreende e contempla a complexidade que envolve a assistência do paciente em seu momento vulnerável, pois esta teoria esclarece quais são os requisitos de desvio de saúde que devem ser excluídos da vida dos indivíduos, bem como classifica qual o sistema de Enfermagem a ser empregado em cada caso. Como resultado do texto exposto propõe-se a utilização desta nos serviços assistenciais, como fundamentação teórica para o Processo de Enfermagem (MOURA *et al.*, 2014).

5.4 Plano de cuidados e suas dificuldades para execução

O conjunto de cuidados necessários, identificados e apreendidos pelo cuidador de forma a atender os requisitos universais de cuidados e desvios de saúde do paciente, para manter sua saúde e bem-estar, contempla a demanda terapêutica de autocuidado rotineira nos serviços assistências de saúde. Somam-se a isso as ações do enfermeiro relacionadas à qualidade do cuidado (DEMORO *et al.*, 2018).

Porém, quando o indivíduo experimenta a vulnerabilidade em uma situação de doença ou de necessidade de autocuidado, estas vão além de sua capacidade de autocuidado, em outras palavras, quando o indivíduo suprime a capacidade de desempenhar a atividade de autocuidado, é primordial empregar ajuda de outras pessoas para a realização satisfatória de suas necessidades (GRADE, 2018).

Quando questionado ao enfermeiro se é realizado algum plano de cuidados de enfermagem por escrito durante as visitas domiciliares para facilitar no processo de reabilitação física do paciente acometido com AVE, foram identificados que todos os enfermeiros apesar de terem colocado na entrevista que executam a ação, na fala deles percebeu-se que não é feito nenhum tipo de prescrição para a continuidade da assistência de enfermagem relacionado ao processo de reabilitação física para o familiar ou o próprio cliente, porém apenas 5 enfermeiros colocaram diretamente que não realizam nenhum tipo de plano de cuidados por escrito, os

demais citaram na entrevista, mas como dito anteriormente também não é realizado, uma vez que as respostas foram apenas de orientação.

O plano de cuidados contém informações que auxiliam a toda equipe da ESF e NASF a acompanhar a evolução e progressão do cliente. Nele deve conter informações como a data que começou o acompanhamento domiciliar, as necessidades no momento identificadas traçando metas para alcance de resultados, sinais e sintomas, intervenções, prazos para cada cuidado prescrito, além de outros requisitos. Todo processo deverá estar interligado aos diagnósticos de enfermagem para conseguir traçar o plano de cuidados e acompanhar esta evolução.

O plano de cuidados serve como parâmetro para o familiar e cliente cumprirem todas as atividades propostas ao longo de todo o processo de inclusão social e readaptação às atividades da vida diária. É preciso fazer compreender que o plano de cuidados da enfermagem é tão importante quanto à prescrição de medicamentos feita pelo médico, que os dois devem caminhar juntos para que haja um trabalho em equipe com êxito.

Nem sempre o cliente entende a importância de se cumprir as prescrições de outro profissional de saúde que não seja médico, mas é preciso que o enfermeiro implante e mostre a população o quão somos indispensáveis no processo do cuidar e na reabilitação da saúde de qualquer cliente. Porém, não foi observado a utilização deste tão importante instrumento de planejamento, implementação e avaliação do fazer e saber, que configura o caráter científico da profissão.

A matriz apresentada pela CIF fundamenta-se na reunião dos modelos médico e social com uma abordagem biopsicossocial para alcançar uma incorporação das inúmeras dimensões da saúde, como a biológica, a individual e a social (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

Pesquisa realizada em 2001 demonstrou que a CIF possui parâmetros adequados para a avaliação dos pacientes com seqüela de AVE, pois propicia uma visão integral, englobando desde a estrutura corporal comprometida até mesmo as condições pessoais e ambientais. Neste cenário a funcionalidade do paciente é contemplada como um componente de saúde e não apenas um resultado da doença (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

E ainda quando perguntado ao enfermeiro se o cliente ou familiar encontra alguma dificuldade para realizar o plano de cuidados, 6 enfermeiros disseram não ter dificuldades e os outros 5 disseram que têm dificuldades devido ao baixo letramento, à negligência do próprio cliente, à falta de comprometimento familiar e ao envolvimento do familiar a nova rotina, quanto à higiene adequada. Conscientização da família em aderir ao tratamento e condições financeiras também foram citadas como dificuldades na continuidade do tratamento.

O enfermeiro desempenha funções fundamentais tanto por coordenar o plano de cuidados quanto pelo vínculo que estabelece com os usuários, familiares e cuidadores, sendo indispensável para a adesão e execução das ações a serem realizadas (ANDRADE, SILVA, SEIXAS, BRAGA; 2017). Portanto, é preciso fazer compreender a todos os envolvidos que o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro auxilia no aceleração da recuperação das sequelas que marcaram este cliente e que o não cumprimento desta ação pode regredir todo um processo que deve ser trabalhado em equipe.

A reabilitação é uma das muitas atribuições da enfermagem que busca a autonomia para a realização do autocuidado. Com um atendimento apropriado e um início precoce de reabilitação podem qualificar positivamente um prognóstico da doença. Ao se falar em reabilitação deve-se ressaltar que esta evolução consiste em muito mais do que um reaprender a andar, a vestir-se, ou passar da cama para a cadeira de rodas. Como exemplos podem-se destacar os principais cuidados realizados aos doentes com AVE e neste contexto pode-se considerar o fortalecimento das habilidades para o autocuidado: o cuidado de enfermagem e controle postural como, por exemplo, por meio do posicionamento correto no leito, mudanças de decúbito para evitar as lesões por pressão, o cuidado de enfermagem e os exercícios de amplitude do movimento que podem ser por meio da aplicação de exercícios de mobilização passiva, o cuidado de enfermagem no treino de marcha para fortalecimento muscular, o cuidado de enfermagem e os exercícios de manutenção de equilíbrio (LESSMANN, CONTO, RAMOS, BORENSTEIN, MEIRELLES, 2011).

Na transcrição das entrevistas percebeu-se uma relação nas falas repetidas entre as orientações ofertadas e quais os planos de cuidados eram prescritos, dando para perceber em algumas falas as mesmas palavras para ambas as ações. Abaixo destaco as falas dos seis profissionais que disseram realizar plano de cuidados.

E2 “Modificar fatores ambientais que coloquem o paciente em risco de queda...”

E3 “Faço encaminhamento para o setor de reabilitação/fisioterapia, solicito avaliação do fisioterapeuta do NASF, oriento exercícios de alongamento, manutenção da marcha e movimentação das mãos...”

E5 “Monitorar sinais vitais. Em caso de acamado facilitar a mudança de decúbito, alimentação de acordo com a orientação nutricional. Acompanhamento com fisioterapeuta. Observar deglutição durante alimentação”.

E8” Orientar quanto aos cuidados com a higiene corporal e do ambiente, otimizar ambiente físico... ofertar dieta adequada...”

E9 “Mudança de decúbito a cada 2 horas, utilização dos medicamentos nas doses e horários corretos, orientar quanto à alimentação hipossódica e menor teor de açúcar.”

Quando perguntado na entrevista quais os planos de cuidados eram realizados aos clientes e familiares durante a visita domiciliar em relação à acessibilidade para os cuidados de enfermagem no domicílio, 6 dos 11 entrevistados responderam que não fazem o plano de cuidados por escrito para o familiar e/ou cliente durante a visita, somente é feito de forma verbal. A resposta dos outros 5 enfermeiros que colocam que o fazem me trouxe uma inquietação e, então, em um segundo momento já pelo *whatsapp*, foi perguntado mais a fundo sobre como era feito este plano de cuidados, se havia este modelo que pudesse ser passado para avaliação dos itens contidos no instrumento. Os 5 enfermeiros falaram que não possuíam este instrumento, mas que eram feitas anotações no prontuário do paciente sobre todas as orientações e alguns citaram que a única situação que era feita era o controle com os medicamentos, que eles anotavam de acordo com a prescrição médica os horários das tomadas, a via e a hora para ingestão destes medicamentos na própria caixa ou em uma folha. Durante esta etapa expliquei que esta dúvida que surgiu em momento nenhum era para causar constrangimento ao entrevistado, mas sim, para extrair dados fidedignos para o projeto de pesquisa, com o intuito de atender um dos objetivos da pesquisa e propor ao gestor local a adoção de medidas de intervenções de enfermagem para melhoria da qualidade da assistência.

As dificuldades que foram apontadas pelos enfermeiros nas entrevistas pelo fato de não conseguirem elaborar um plano de cuidados por escrito está relacionado à falta de conhecimento de alguns clientes ou familiares acerca da doença, falta de escolaridade, baixa renda, falta de comprometimento familiar na adesão ao tratamento proposto e atrito familiar.

Todos os fatores relacionados à dificuldade do enfermeiro citadas neste estudo podem gerar uma série de problemas. O enfermeiro ao elaborar um plano de cuidados e prestar as devidas orientações ao cliente ou familiar deve ter um olhar holístico para todas as necessidades humanas básicas existentes naquele ambiente, que vão impactar diretamente na independência funcional e também no cuidar do familiar, que muitas vezes interfere nesta continuidade da assistência, impedindo a evolução do tratamento devido a conflitos familiares que vão gerar outras doenças neste cliente, como crises de ansiedade, por exemplo.

Disfunções como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação são alterações prevalentes nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Tal situação os tornam dependentes de intervenções de enfermagem (FALCÃO, *et al.*; 2004).

A CIF por ser uma estratégia que incorpora inúmeras condições permite com sua utilização uma consulta expressiva para profissionais da área da saúde como também para a política no serviço público, uma vez que se usada por vários profissionais em diversos países

pode levar a uma linguagem padronizada, permitindo assim comparações entre grupos de saúde e entre nações diferentes (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

A forma como a CIF foi concebida, com seus elementos que incorporam várias condições de saúde propicia um auxílio a todos os profissionais para provocar uma visão do cliente de maneira individual, podendo evidenciar fatores preocupantes, ou mesmo situações que não são percebidas com uma avaliação periódica. Mas, este novo olhar interfere na vida e na participação social de cada paciente (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

O enfermeiro possui um importante papel na promoção da compreensão dos pacientes com acidente vascular encefálico e de seus familiares sobre o curso da doença, as possibilidades para melhora e recuperação e suas limitações, além de fornecer informação acerca da doença, do tratamento, da reabilitação e das expectativas para o futuro (NUNES, DLS; LIMA, MA; FONTES, WS; 2017).

É importante ressaltar que para o cuidar de enfermagem compensar o momento de vulnerabilidade com relação ao autocuidado, as ações de supervisão e de apoio educacional precisam estar presentes ao longo de todo o período de internação dos clientes e na atenção domiciliar. É notório que a educação em saúde e as orientações para o autocuidado devem ocorrer desde o momento da admissão hospitalar até mesmo após a alta. É de importância máxima que as ações de educação em saúde perdurem após a alta para que se estreite o vínculo do paciente/usuário do SUS com a equipe de saúde da atenção básica (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013).

É necessário compreender que os programas de preparo para a alta hospitalar possuem características de ser uma estratégia de educação em saúde e devem ser incentivados, pois auxiliam a integralidade do cuidado para que o objetivo de autonomia do indivíduo seja alcançado com uma assistência resolutiva e humanizada, minimizando possíveis reinternações (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013).

Os pacientes com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida (RANGEL, BELASCO, DICCINI, 2013)

O AVE é uma doença que apresenta sequelas importantes, comprometendo a continuidade do autocuidado do indivíduo, os déficits neurológicos trazem sequelas motoras que exigem este cuidado de imediato da enfermagem, até o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam para manter sua vida.

Os conceitos trabalhados por Orem possuem uma excelente dimensão e contemplam os requisitos de autocuidado universais que são considerados da área fisiológica, também incluem os requisitos de autocuidado de desenvolvimento que são conhecidos como psicológicos, socioculturais e espirituais, bem como incorporam os requisitos de autocuidado no desvio de saúde que se descendem de uma filosofia de prevenção com o objetivo de desenvolver responsabilidade e capacitar para a autogestão, adaptação necessária e modelagem do comportamento humano, ou seja, inclui também a resiliência (SEIXAS, 2015).

5.5 Diagnóstico de Enfermagem

A identificação de um fenômeno de interesse da enfermagem possui relação com conhecimento dos profissionais em questão. Essa atuação do enfermeiro está relacionada a uma área específica, onde este possui compreensão das situações e ações sendo capacitado para determinar diagnósticos, intervenções e reconhecer resultados com qualidade criteriosa, através de uma fundamentação teórica robusta (TANNURE *et al.*, 2014).

Na entrevista pode-se perceber que levantar diagnóstico de enfermagem não é uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da ESF do município de Paraíba do Sul, pois em nenhum momento esta prática é formalizada. Somente 4 enfermeiros relataram não fazer registro algum nas visitas domiciliares e 7 registraram na entrevista alguns possíveis diagnósticos de acordo com o quadro clínico de cada paciente.

Tabela 7 - Diagnósticos de Enfermagem (DE)

Variáveis	n	%
Baixa autoestima	1	5
Comunicação verbal inefetiva	1	5
Deambulação prejudicada	1	5
Déficit no autocuidado para alimentar-se	1	5
Déficit no autocuidado para banho	1	5
Déficit no autocuidado para vestir-se	1	5
Interação social prejudicada	2	10
Memória prejudicada	2	10
Mobilidade corporal diminuída	3	14
Mobilidade física prejudicada	1	5
Risco de broncoaspiração	1	5

Risco de quedas	5	24
Risco de nutrição prejudicada	1	5
Total	21	100

Fonte: autora, 2021

É necessário compreender e avaliar todas as dimensões do indivíduo que demandam cuidado de enfermagem para uma adequada formulação dos DEs, em especial, pois a grande maioria das teorias de enfermagem posiciona o cuidado integral como a principal concentração de interesse da Enfermagem. Portanto é preciso considerar como as intervenções podem ser propostas para que a assistência atenda apropriadamente as necessidades do indivíduo nos diferentes aspectos (TANNURE *et al.*, 2014).

Dentre os diagnósticos de enfermagem mais mencionados destacou-se o risco de quedas, obtendo 5 (25%) citações nas entrevistas. Em segundo, o diagnóstico mobilidade corporal diminuída foi citado 3 (15%) vezes pelos enfermeiros.

Interação social prejudicada e memória prejudicada apareceram 2 vezes cada no diagnóstico (10%).

Comunicação verbal inefetiva (5%), deambulação prejudicada (5%), déficit no autocuidado para alimentar-se (5%), déficit no autocuidado para banho (5%), déficit no autocuidado para vestir-se (5%), mobilidade física prejudicada (5%), risco de broncoaspiração (5%), risco de nutrição prejudicada (5%) e baixa autoestima (5%), todos estes diagnósticos foram citados cada um apenas uma única vez, pelos enfermeiros.

Como parâmetro para realização dos levantamentos dos diagnósticos de enfermagem, todos os enfermeiros relataram que utilizavam a taxonomia da NANDA.

A NANDA International Inc. (NANDA-I) é uma referência consolidada para a classificação de diagnósticos de enfermagem. Sua formulação impacta diretamente a organização e efetividade do atendimento, sendo a base para a seleção e implementação de intervenções de enfermagem, com vistas ao controle clínico e de riscos (SILVA, *et al.*, 2019)

Para Oliveira, Rocha e Bachion (2013) uma provável interpretação para uso prioritário da NANDA em desfavor da CIPE pode ser esclarecida, pois no desenvolvimento das estratégias de ensino da CIPE® ocorreram dificuldades para sua utilização declaradas pelos alunos participantes da pesquisa desenvolvida pelos autores. Este resultado pode ser elucidado porque a taxonomia da NANDA-I (NANDA-Internacional), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) fazem parte do currículo acadêmico desde o primeiro ano da graduação (OLIVEIRA; ROCHA; BACHION,

2013). Porém, os autores seguiram em seu estudo oferecendo explicações sobre a origem, finalidade e aplicação da CIPE®, os discentes encararam o desafio de utilizar a CIPE® e, conforme ocorreu o estudo foram se desenvolvendo as dificuldades e começaram a ser relatadas como, por exemplo, a difícil leitura devido à forma de apresentação dos termos, além de apresentarem adversidades para seguir os critérios de composição de diagnósticos pela CIPE®, pois já estavam adaptados à taxonomia da NANDA-I, na qual os títulos dos diagnósticos estão predefinidos (OLIVEIRA; ROCHA; BACHION, 2013).

Um estudo de interesse extremo realizou o cruzamento de diagnósticos da NANDA-I e da CIPE® 1.0 e observou que o processo de raciocínio clínico na elaboração dos títulos diagnósticos de enfermagem, tanto usando a CIPE® 1.0 como quando se utiliza a NANDA-I ocorrem e conduzem os enfermeiros a formular diagnósticos de enfermagem similares para problemas clínicos que foram identificados nos clientes. Um interessante dado foi que a CIPE® 1.0 propiciou a elaboração dos diagnósticos após a realização de mapeamento cruzado, e das 120 propostas de títulos diagnósticos elaboradas pelos enfermeiros usando a CIPE® 1.0, 39,2% destes diagnósticos não constavam na NANDA-I versão 2009-2011. (TANNURE *et al.*, 2014).

Dos 11 enfermeiros entrevistados, 5 enfermeiros escreveram que fazem o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, 4 não realizam esta prática em seu cotidiano de consultas de enfermagem e 2 enfermeiros relataram equivocadamente orientações ao invés de diagnósticos de enfermagem.

O diagnóstico é a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerado uma fonte de conhecimento científico para profissionais, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente (POMPEO, ROSSI, GALVÃO; 2009).

O Diagnóstico de Enfermagem é considerado um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta seja de um indivíduo, familiar um grupo ou comunidade (NANDA, 2015)

O diagnóstico de enfermagem consiste na identificação, por enfermeiros, das necessidades prioritárias que carecem de assistência para obterem resultados satisfatórios; é uma ação privativa do enfermeiro. Por se tratar o AVE de uma doença com alta mortalidade, deve estar inserido como prioridade no contexto do cuidado de enfermagem no que tange ao Diagnóstico de Enfermagem, para identificar as necessidades básicas deste cliente.

É notória a percepção dos enfermeiros durante as entrevistas sobre a necessidade de realizarem o diagnóstico de enfermagem como prática do cuidado em enfermagem. Entendem que facilita todo o processo de enfermagem para efetividade dos planos de cuidados, porém

também não é uma prática contínua trabalhada nas unidades de ESF do município de Paraíba do Sul/RJ.

Os diagnósticos de enfermagem levantados pelos enfermeiros no presente estudo foram pensados apenas nas necessidades do cliente e não do familiar, que também sofre grandes transformações de suas rotinas de vida diária, entretanto o estudo aborda questões sobre a reabilitação física e o resgate da independência funcional do cliente com sequelas de AVE, todavia é necessário também considerar todo processo de mudança de rotinas e de vida de todos os envolvidos com o processo do cuidar. O enfermeiro tem visão holística em todos os aspectos do cuidar e atendendo as necessidades básicas de todos os moradores de um mesmo domicílio, mas como o estudo teve enfoque apenas no cliente não foi levantado nenhum diagnóstico de enfermagem para este familiar cuidador.

Para que as intervenções de enfermagem elencadas no plano de cuidados sejam realizadas corretamente, é importante que o enfermeiro tenha julgamento clínico da resposta humana sobre o processo de vida e as condições de saúde, e assim desenvolver os diagnósticos de enfermagem que determinam o cuidado adequado que será fornecido ao cliente.

A prática do ensino de autocuidado está presente nas atribuições complexas da enfermagem. Um referencial teórico do autocuidado propicia estabelecer implementações de ações de ensino-aprendizagem com participação ativa do cuidador e do paciente durante o tratamento, objetivando a conservação dos cuidados de reabilitação. Existem muitas vantagens nesta prática, uma em especial é a redução do tempo de internação com queda dos fatores de risco para infecção hospitalar, remodelando positivamente o prognóstico (DEMORO *et al.*, 2018).

Em virtude da carência de um plano de cuidado pelos enfermeiros da ESF, faz-se necessário que toda a equipe de enfermagem passe por um processo de capacitação para implantação da reabilitação física nos serviços de atenção básica do município de Paraíba do Sul, visto que é uma necessidade emergencial para o quantitativo elevado de incidências de casos de internação por AVE no mundo. É notório que os serviços de atenção básica precisam sofrer uma reestruturação para inserir a reabilitação física com um olhar mais específico para cada indivíduo, atendendo cada necessidade particular.

Dentre este serviço a ser implantado, a sugestão da criação de um protocolo para estabelecer o fluxo de visitas domiciliares, os atendimentos a serem prestados pelos enfermeiros a partir do plano de cuidados, ter atendimento referenciado logo após a alta hospitalar é de real necessidade para o estabelecimento de um atendimento integral, universal e igualitário.

O processo de enfermagem ou consulta de enfermagem constituem-se na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas. A sistematização da assistência de enfermagem na APS deverá ser realizada na consulta de enfermagem, já no momento da visita domiciliar, tão logo após a alta hospitalar, desta forma o planejamento das ações traçado pelo enfermeiro poderá trazer mais benefícios e menos complicações ou danos à saúde do cliente e sua família.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam grande dificuldade dos enfermeiros atuantes na Atenção Básica, mais especificamente integrantes das equipes de Estratégia de Saúde do município de Paraíba do Sul, região Centro-Sul Fluminense, e tão pouco prestam assistência às pessoas com sequelas de AVE, de forma consistente em termos de sistematização do cuidado de enfermagem. Como enfermeiros generalistas, não estão preparados para atender as necessidades do cuidado e assistência integral dessas pessoas.

Da mesma forma, evidenciou-se expressiva dificuldade em assimilar as diretrizes da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, aplicada aos domínios do próprio contexto de trabalho onde atuam os enfermeiros da Atenção Básica em Saúde, importante ponto de atenção desta rede e responsável pelo atendimento das pessoas com deficiência física e mobilidade reduzida, como toda sua clientela com sequelas de AVE residentes na referida área de abrangência.

Ao preencher o roteiro de entrevistas cada enfermeiro trouxe indagações nitidamente para sua prática cotidiana, sobre o que estão fazendo para melhorar este cuidado, sobre como estão atuando nas unidades. Estes profissionais assimilaram este estudo como uma oportunidade de implantar em sua unidade o processo do cuidado, como um todo, e criar o plano de cuidados para auxiliar no planejamento das ações do cotidiano da enfermagem.

Das sequelas apresentadas, hemiparesia (E) e hemiplegia (D), seguidas da emocional e neurológica foram as que mais se destacaram no estudo. Os clientes apresentavam dificuldade na fala, na deambulação, para se alimentar, vestir-se, realizar suas necessidades básicas como tomar banho sozinho, dificuldades para dormir, segurar objetos, além da perda de memória.

O sucesso do autocuidado, o tratamento do AVE depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário e familiar enquanto sujeitos ativos de seu tratamento. Atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.

Os enfermeiros conseguem identificar as necessidades dos clientes acometidos pelo AVE e estabelecem, durante o atendimento domiciliar, várias orientações, principalmente ao que se refere a deambulação, utilização de barras de apoio para locomoção e banho, adaptação do ambiente físico, cuidados na ingestão de medicamentos, realização de atividade física frequente, controle da pressão arterial e glicemia capilar, acompanhamento especializado, alimentação saudável, entre outros. Esta prática do cuidado é feita, em grande parte,

verbalmente e não possui nenhum instrumento de avaliação do enfermeiro para acompanhamento da assistência de enfermagem para avaliação do prognóstico do cliente.

Desta forma, o estudo desenvolve um importante papel no que se refere à identificação desta quebra no processo do cuidar em que o enfermeiro não consegue promover adequadamente seu papel como reabilitador. Portanto, faz-se necessária a possibilidade da elaboração de um plano de cuidados individualizado e a criação de protocolos de enfermagem com a elaboração de instrumentos que viabilizem esta prática do cuidar.

Sabe-se que os enfermeiros são reconhecidos como membros da equipe de reabilitação, porém, sem conhecimentos e habilidades profissionais específicas para o cuidado e assistência sistematizada e integral dos potenciais clientes, sua atuação continua indefinida e sua contribuição ainda muito limitada. É importante ressaltar que profissionais enfermeiros recebam capacitação para o processo de reabilitação física já na graduação e voltados principalmente para atenção primária em saúde, uma vez que são crescentes os casos de AVE e suas sequelas. As instituições de ensino superior devem inserir em sua grade curricular a disciplina de reabilitação física e seus cuidados de enfermagem, para abordar essas intervenções de enfermagem com um olhar mais crítico para o paciente com deficiência.

A enfermagem é imprescindível no cuidado do cliente com AVE, ela está presente em todas as etapas do processo saúde-doença, seja na atenção básica, no âmbito hospitalar e no domicílio, na fase aguda ou na crônica da doença. A enfermagem é capaz de contribuir com todos os outros profissionais que atuam no processo de reabilitação física e estabelecer planos de cuidados para continuidade do tratamento em todas as fases da doença até seu completo restabelecimento.

Visando a necessidade de implantação de medidas socioeducativas, tendo sido percebido na carência da assistência de enfermagem após a etapa de entrevistas com os enfermeiros, pode-se perceber que ainda não existe um protocolo de atendimento aos clientes e familiares acometidos por AVE isquêmico e/ou hemorrágico e tanto quanto uma rotina de visita domiciliar, que ainda requer mais atenção para traçar o plano de cuidados associado às necessidades básicas para uma completa autonomia e restabelecimento à saúde deste público. Para tal, logo após conclusão do presente estudo, será apresentado ao gestor municipal com intuito de demonstrar pontos estratégicos necessários para uma assistência de saúde ampliada e um olhar mais crítico para o serviço de reabilitação física no município e até mesmo necessidade de práticas integrativas de educação permanente em saúde para capacitação dos profissionais enfermeiros, na utilização das etapas do processo de enfermagem para traçar o plano de cuidados por escrito, norteando assim as intervenções do enfermeiro no domicílio e

consequentemente a redução de gastos desnecessários, por não existir um serviço eficaz e mão de obra capacitada e suficiente para adesão ao serviço de reabilitação física no domicílio.

Este estudo irá auxiliar inclusive na assistência de saúde para outros clientes que carecem de cuidados domiciliares e não somente a reabilitação física do cliente com AVE, mas também em clientes acamados com lesão medular, com câncer ou por outra patologia que leve ao comprometimento motor do cliente, pois uma intervenção de enfermagem bem aplicada pode reduzir o número de atendimentos em hospitais e ambulatórios para execução de ações de enfermagem que podem ser feitas no domicílio, como cateterismo vesical de demora e de alívio, cateterismo nasoenteral e administração de medicações.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. B., TEIXEIRA, M. L., CASTELO BRANCO E. M. S., MACHADO, W. C. A. Sentimentos de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v.12, n.4, p. 654-661, out/dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18107>. Acesso em 12 abr. 2019.
- ANDRADE, A. M.; SILVA, K. L.; SEIXAS, C. T.; BRAGA, P. P. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 1, p. 199-208, ago. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.
- ANDRADE, L. T. et al. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. vol.63, n.6, p. 1056-1060, nov/dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2019.
- ANDRADE, L.M.; COSTA, M.F.M.; CAETANO, J.A.; SOARES, E B.E.P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 1, p. 37-43. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.
- BARREIRA, I. A. A prática da enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. **Texto contexto-enferm.** v. 7, n. 1, p. 42-57. Jan/abr. 1998. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-273590>. Acesso em 12 abr. 2020.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução - CNS Nº 580, de 22 de março de 2018.** Diário Oficial da União, Brasília, 2018.
- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União.** Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-legislacao-federal-sobre-os-dpd.pdf>. Acesso em: 02 abr.2020.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 06 dez. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 de dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n°. 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 abr.2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Portaria n° 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

_____. Presidência da República. Lei n° 7.853 de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração da Pessoa Portadora de Deficiência, na sua integração social, sobre a sua coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora e Deficiência (CORDE)**. Brasília, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm. Acesso em 20 de fev. 2020.

_____. **Resolução n° 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BROWN, Brené. A coragem de ser imperfeito. **Rio de Janeiro: Sextante**, 2013.

CAETANO, J. A; PAGLIUCA, L. M. F. Descriptive analysis of the nursing systemstheory of orem before it's application concerning ocular self-examteaching. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v. 7, n. 1, p. 89-96, abr. 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARDOSO, Ana Amélia; MAGALHAES, Livia de Castro; LACERDA, Tatiana Teixeira Barral de e ANDRADE, Peterson Marco de Oliveira. Relação entre a Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (Acoordem) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Fisioter. mov.** v. 25, n. 1. 2012. p. 31-45. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2020.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. In: **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 2012. p. 1023-1023.

CARVALHO, Eduardo Freese de et al. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. **RASPP Rev. Assoc. Saúde Pública de Piauí**, p. 107-19, 1998.

CONSOLO, A. C. P; GIANULLO, W. **Direitos dos portadores de deficiência física**. In: VII Jornada científica, 2011. São Paulo. Disponível em: http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Pesquisa/pibic/publicacoes/2011/pdf/dir/ana_carolina_pecin.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

COSTA, S. R. D. DA; CASTRO, E. A. B. DE; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem*. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 193–207, 2013.

CRAMM, Jane M.; NIEBOER, Anna P. Professionals' views on interprofessional stroke team functioning. **International journal of integrated care**, v. 11, 2011.

DE ABREU, Rafael Magalhães; BOLZAN, Alexandre Galina. A inclusão de pessoas com necessidades especiais (PNE) no mercado de trabalho em uma empresa do ramo calçadista. **Disciplinarum Scientia| Sociais Aplicadas**, v. 11, n. 1, p. 55-68, 2015.

DEMORO, C. C. DA S. et al. Aplicabilidade de Orem: capacitação do cuidador do lactente com Sequência de Robin. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1469–1473, 2018.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. bras. epidemiol.** vol.11, n.2 p. 324-335, jun. 2008.

DONKOR, Eric S. Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. **Stroke Res Treat**. Nov. 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288566/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

DYNIEWICZ, Ana Maria. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. In: **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2009. p. 207-207.

ELLIS, C.; EGEDE, L. E. Stroke recognition among individuals with stroke risk factors. Stroke. **The American Journal of the Medical**. v. 337, n.1, p. 5-10. 2009.

FALCÃO, Ilka Veras et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de saúde materno infantil**, v. 4, n. 1, p. 95-101, 2004.

FARO, Ana Cristina Mancussi. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; MARTINS, M. M. **Reabilitação: nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida. Curitiba: CRV, 2018.**

FORSTER, Anne et al. An intervention to support stroke survivors and their carers in the longer term (LoTS2Care): study protocol for a cluster randomised controlled feasibility trial. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2018.

FRYER, C. E; LUKER, J. A, MCDONNELL, M. N; HILLIER, S. L. Self management programmes for quality of life in people with stroke. **Cochrane Database Syst Rev.** 2016 Aug 22;2016(8):CD010442. doi: 10.1002/14651858.CD010442.pub2. PMID: 27545611; PMCID: PMC6450423.

FRYER, C. E; LUKER, J. Á; MCDONNELL, M. N; HILLIER, S. L. **Self management programmes for quality of life in people with stroke.** Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 22; 2016(8):CD010442. doi: 10.1002/14651858.CD010442.pub2. PMID: 27545611; PMCID: PMC6450423.

GAGLIARDI, R. J. **Hipertensão arterial e AVC.** Com Ciência. 2009, p.109.

GALLACHER, K. I; BATTY, G.D; McLEAN, G. MERCER, S. W; GUTHRIE, B; MAY, C. R.; LANGHORNE P; MAIR, F. S. **Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: implications for treatment burden.** BMC Med. 2014 Oct 3;12:151. doi: 10.1186/s12916-014-0151-0. PMID: 25280748; PMCID: PMC4220053.

GAVASSO, W. C; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 398-408, May 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300398&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dec. 2020.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4 ed. Porto Alegre: Ed Artes Médicas Sul, p. 83-102. 2000.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; SHOELLER, Soraia Dornelles; MACHADO, Wiliam César Alves. **História da Enfermagem: versões e interpretações.** 4ª Edição. Rio de Janeiro; Thieme Revinter. 2019, p. 470.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p. 47.

GOULART, B. N. G. et al. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. **Audiol. Commun. Res.**, São Paulo, v. 21, e1603, out. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-64312016000100314&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2021.

GOVENDER, P. et al. No one prepared me to go home: cerebrovascular accident survivors' experiences of community reintegration in a peri-urban context. **Afr J Prim Health Care Fam Med**. v.11, n.1. e1603, apr. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6489154/>. Acesso em: 22/04/2021.

HINO, P; CIOSAK, S. I; FONSECA, R. M.; GODOY, S; EGRY, E. Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n.spe2, p. 1156-1167. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a03v43s2.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Censo demográfico: Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010.

KIDD, Lisa et al. Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 1-12, 2015.

KWON, S.; PARK, J. H, KIM, W. S.; HAN, K.; LEE, Y.; PAIK, N. J. Health-related quality of life and related factors in stroke survivors: Data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) 2008 to 2014. **PLoS One**. v. 10;13(4):e0195713. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892928/>. Acesso em: 17 mai. 2020.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. E. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 92–96, mar. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100012. Acesso em: 17 abr. 2020.

LETOMBE, A.; CORNILLE, C.; DELAHAYE, H.; KHALED, A.; MORICE, O.; TOMASZEWSKI, A.; OLIVIER, N. Early post-stroke physical conditioning in hemiplegic patients: A preliminary study. **Ann Phys Rehabil Med**. Dec;53(10):632-42. 2010.

MACHADO, W. C. A. O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência. **Curitiba: CRV**, 2017.

MACHADO, W. C. A., SCRAMIN, A. P. Functional (in)dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**. v. 44, n.1, p. 53-60, set/out. 2010.

MACHADO, W. C. A.; ALVAREZ, A. B.; TEIXEIRA, M. L. O.; CASTELO BRANCO, E. M.; FIGUEIREDO, N. M. A de. Como cuidadores de paraplégicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia. **J. res.: fundam. Care online**. v. 7, n.1, p. 1796-1807, jan/mar. 2015. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3344/pdf_1407. Acesso em:

MACHADO, W. C.A.; PEREIRA, J. S.; PRADO, A. R. A.; SILVA, R. A., SILVA, V.M. da; FIGUEIREDO, N. M. A de. Comunicação de profissionais de unidade de reabilitação física com clientes surdos. **Rev Rene**. v. 16, n. 5, p. 649-55, set/out. 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2781/2161>. Acesso em: 22 mai. 2020.

MACHADO, W.C. A.; PINTO, E. L. G.; CRUZ, V. V.; FIGUEIREDO, N.M. A. de; PINHEIRO, A. P.B.; XAVIER, A.S.M.S.; ARAÚJO, S. T.C. de; PORTO, I. S. Cuidar de pessoas com paraparesia espástica: intervenções de enfermagem de reabilitação para atividades diárias. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e325996880, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.6880. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6880>. Acesso em: 2 fev. 2020.

MACHADO, Wiliam C. Alves; SCRAMIN, Ana Paula. **Functional (in)dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers**. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2016 APR 12]; 44(1): 53-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Autocuidado para pessoas com deficiência adquirida: reflexão sobre intervenções de enfermagem frente aos enfrentamentos da reabilitação. **Enferm. Foco**. v. 10, n.5, p. 109-116. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2578>. Acesso em 18 br. 2020

MACHADO, Wiliam César Alves, et al. Home care for people with acquired paraparesis: experience report on life purposes and rehabilitation. **Research, Society and Development**. v. 9, n. 6: e159963575. 2020.

MACHADO, Wiliam César Alves, PEREIRA Juarez de Souza, SCHOELLER, Soraia Dornelles; JÚLIO, Liliam Cristiana; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis, vol.27, n.3, e4480016, ago. 2018.

MACHADO, Wiliam César Alves; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Base fixa teto/mãos: cuidados para autonomia funcional de pessoas com sequela de lesão neurológica espástica. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol.13, n.1, p.66-7, mar. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 mar. 2020.

MARQUES, D; SILVA, E. M. A Enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 7, n.5. p. 545-50, set/out 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a06v57n5.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MATURANA, Humberto; REZEPKA, Sima Nisis de. Formação humana e capacitação. In: **Formação humana e capacitação**. 2003. p. 86-86.

McCURLEY, J. L, et al. Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. **Neurocrit Care**, v.30, n.3. p.581-589, jun 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6958510/>. Acesso em 02 jan. 2021.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing: Development and progress**. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 1996. p. 407.

MOURA, P. C. DE et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem. **Rev. Rene**, v. 15, n. 6, 21 dez. 2014.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed; 2018, p. 364-468

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação**. Traduzido por: Regina Machado Garcez. Porto Alegre (RS): Artmed Editora LTDA. 2018-2020, p. 468.

NEVES-SILVA P, ALVAREZ-MARTIN E. Estúdio descriptivo de las características sociodemográficas de la discapacidad en América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.19, n.12, p. 4889-4898, dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204889&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jan.2021.

NOBREGA, Maria Miriam Lima, GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de. Análise da utilização na prática dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem da CIPE-Versão Alfa. **Rev. bras. enferm**. Brasília. v. 54, n. 3, p. 399-408, set. 2001, Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 15 mar. 2020.

NUNES, D.L.S; LIMA, M.A.; FONTES, W.S. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Paraíba. v. 21, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883066/cuidado-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. I. C. DE; SILVEIRA, K. R. M. DA. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 653–662, 31 dez. 2011.

OLIVEIRA, M. D. DA S.; ROCHA, B. S.; BACHION, M. M. Desafios para a introdução da CIPE® no ensino de saúde coletiva: relato de experiência. 2013.

OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. Saint Louis (US): 6ª ed. Mosby. 2001. p. 158.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Report on Disability (Relatório mundial sobre a deficiência). The World Bank, 2011.

PAIXÃO, T. C., SILVA, L. D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Revista eletrônica Enfermeria Global**, n. 15, fev.2009. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf

PALLESEN, H. et al. "Stroke - 65 Plus. Continued Active Life": a study protocol for a randomized controlled cross-sectoral trial of the effect of a novel self-management intervention to support elderly people after stroke. **Trials**, v.19, n.1, p. 639, nov. 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245630/>>. Acesso em 12 out. 2020.

PELLATT, G. C. Perceptions of the nursing role in spinal cord injuryrehabilitation. **Br J Nurs**, v. 12, n. 5, p. 292-9, mar. 2003.

PERLINI, N. M. O. G., FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p.154-63, 2005. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/01/cuidados-domiciliares-no-ave.pdf>. Acesso em 14 dez. 2020.

PIRES, A. F. et al. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 17 fev. 2015.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lúcia Aparecida; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2020.

POTTER, PA; PERRY, AG. **Fundamentos de enfermagem**. 7º edição. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.

PRADO, Athayne Ramos de Aguiar; BARRETO, Viviane Pinto Martins; TONINI, Teresa; Silva, Alexandre Sousa da; MACHADO, Wiliam César Alves. O Saber do Enfermeiro na Indicação de Coberturas no Cuidado ao Cliente com Feridas. **Estima**, v.14 n.4, p. 175-182, 2016. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/430/pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

QUEIROS, P.J.P.; VIDINHA, T. S.S.; FILHO, A.A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** [online], v.6, n.3, p.157-164, out/nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

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

2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

RIBEIRO, W. A. O autocuidado em pacientes com estomia intestinal à luz de Dorothea Orem: da reflexão ao itinerário terapêutico. 2019.

SANCHEZ PEDROLO, D.; KAKIHARA, C. T.; ALMEIDA, M. M. DE. O impacto das sequelas sensório-motoras na autonomia e independência dos pacientes pós-AVE. **Mundo Saúde**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 459-466, 2011. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/88/14_Oimpactodassequelas.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2020.

SANTOS, B.; RAMOS, A.; FONSECA, C. Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem. **Journal of Aging and Innovation**. On line. V.6, n.1, p. 51-54, abr. 2017. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 12 de mar. 2021

SANTOS, J. V. S. et al. Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista de enfermagem UFPE online**. Recife, v. 11, n.5, p.1763-8, mai. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47708/pdf>. Acesso em: 14 dez.2019.

SCALZO, P. L. et al. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 139–144, jan. 2010. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SCORALICK, G. B. F. **Levantamento das necessidades de saúde: uma análise quantitativa do SIAB**. 2013. Universidade Federal Fluminense [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização]. Rio de Janeiro, 2013.

SCRAMIN Ana Paula, MACHADO Wiliam César Alves. Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo. **Esc. Anna Nery**, vol. 10, n. 3, p. 501-508, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2020.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Informações de Saúde – cobertura populacional da ESF**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?at_primaria/at_primaria_cobertura.def. Acesso em: 08 out. 2020.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Informações de Saúde – indicadores de mortalidade por AVC**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?taxas/sim_taxas_mortalidade_dcnt.def. Acesso em: 17 nov. 2020.

SEIXAS, M. DE F. **Estimulação sensorial enquanto intervenção promotora da reabilitação da pessoa com AVC**. masterThesis—[s.l.] [s.n.], 2015.

SILVA, Daniel Vinícius Alves et al. Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 72, n. 3, p. 584-591, jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300584&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2020.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC. 3 ed. 2001, p. 121. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SOUZA NETO, V. L.; SILVA, R. A. R.; ROCHA, C. C. T.; COSTA, R. T. S.; NÓBREGA, M. M. L. ICNP nursing diagnoses for people with acquired immunodeficiency syndrome. **Acta paul. Enferm**, v. 30, n. 6, p. 573-581, nov. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n6/en_0103-2100-ape-30-06-0573.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

SPRINGER, S. P., DEUTSH, G. **Cérebro Esquerdo, cérebro direito**. Tradução Thomaz Yoshiura. São Paulo; Summus; 1998.

SUTTIWONG, J; VONGSIRINAVARAT, M; HIENGKAEW, V. Predictors of Community Participation Among Individuals With First Stroke: A Thailand Study. **Ann Rehabil Med**. v. 42, n. 5, p. 660-669, out. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246867/>. Acesso em: 24 mar. 2020.

TANNURE, M. C. et al. Mapeamento cruzado: títulos diagnósticos formulados segundo a CIPE® versus diagnósticos da NANDA Internacional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 972-978, dez. 2014.

TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. 5ª edição. Loures, Portugal. Lusociência, 2002.

VIDAL, A. A.; PADULA, M. P. **A Enfermagem em reabilitação física como tema de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem**. 2012, p. 97-102.

VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite de. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2020.

ZERBETO, Amanda Brait; CHUN, Regina Yu Shon e ZANOLLI, Maria de Lurdes. **Contributions of ICF to an integral approach in the Health Care for Children and**

Adolescents. CoDAS. vol.32, n.3, 2020. Disponível em:
https://www.scielo.br/pdf/codas/v32n3/en_2317-1782-codas-32-03-e20180320.pdf . Acesso em: 10 mar. 2020.

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Pesquisador: SABRINA BRASIL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26262119.6.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.782.329

Apresentação do Projeto:

A pesquisa traz como objeto de estudo as intervenções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado domiciliário de pessoas com sequelas de AVE, no município de Paraíba do Sul/RJ. Tem como objetivo principal analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das Equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas de AVE, com foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas. Para atingir os objetivos desta pesquisa, será realizado o estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva com os enfermeiros da ESF. A pesquisa será desenvolvida no município de Paraíba do Sul, localizado na região Centro Sul do estado do Rio de Janeiro, com as dezessete equipes da ESF de Paraíba do Sul. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros atuantes nas equipes de estratégia de

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, Izabel Aparecida Mendonça Ferreira, Secretária de Saúde do município de Paraíba do Sul/RJ estou de acordo com a execução do projeto de pesquisa cujo assunto é a autonomia para pessoas com deficiência física decorrente de sequelas de ave: intervenções de enfermagem para resgate da independência funcional, a ser realizado pela pesquisadora, Sabrina da Silva Brasil, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e assumo compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa neste município durante a realização da mesma. Esta instituição se compromete com a segurança e bem-estar dos participantes em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Paraíba do Sul, 16 de Outubro de 2019.


Izabel A. Mendonça Ferreira
Secretaria Municipal de Saúde
Paraíba do Sul

Izabel Aparecida Mendonça Ferreira
Secretaria de Saúde de Saúde de Paraíba do Sul/RJ



ANEXO III - TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Sabrina da Silva Brasil, portadora do RG nº 12244426-8, vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Secretária Municipal de Saúde de Paraíba do Sul/RJ, a realizar a pesquisa sob o título de: **“AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2019.

Sabrina da Silva Brasil
Enf. Mestranda em Enfermagem

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO: Autonomia para pessoas com deficiência física decorrente de sequelas de AVE: intervenções de enfermagem para resgate da independência funcional.

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas de AVE, com foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das Equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas físicas de AVE. Se você não quiser participar do estudo, isto não trará nenhum prejuízo a você, em relação à pesquisa ou a instituição na qual você trabalha.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar a este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 40 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. Será garantido o sigilo das informações contidas no instrumento de entrevista e não será exposto seu nome em nenhum momento da análise de dados, pois serão utilizados codinomes alfanuméricos para tal. Serão feitas nove perguntas ao todo durante esta entrevista.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Esta pesquisa não apresentará gravação de áudio.

RISCOS: Caso não se sinta a vontade em responder alguma pergunta, em relação às informações que estamos coletando, causando algum tipo de constrangimento ou desconforto

você não sofrerá nenhuma penalidade e se sentir vontade poderá recusar a qualquer momento em continuar a entrevista.

BENEFÍCIOS: Possibilidade de criar um projeto de intervenção da enfermagem eficaz para o município, estabelecendo melhor comunicação entre o hospital municipal e as ESFs a fim de que o enfermeiro da atenção básica consiga captar mais precocemente possível estes clientes e melhorar a capacidade física do usuário com sequelas físicas, promovendo bem estar e reduzindo complicações ocasionadas pelo AVE.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá na entrevista, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós, serão utilizadas codificações numéricas. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: A pesquisadora não possui vínculo com este município de coleta de dados, para fins de quaisquer conflitos de interesse entre as partes. O vínculo é apenas com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo a aluna Sabrina da Silva Brasil a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Dr. Wiliam César Alves Machado. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte no telefone (24) 99266-4929, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. O tempo de guarda desta entrevista será de 2 anos. Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

ANEXO V – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA		
1. Informações gerais		
Entrevistado:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Idade:
Nome da unidade que trabalha (ESF):	Tempo de atuação nesta unidade:	
	Tempo como enfermeiro(a) no município:	
Grau de instrução: <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado		
Tempo de graduação:		
Situação de trabalho: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Cargo comissionado <input type="checkbox"/> Outros:		
Nº pact. cadastrados na unidade:	Nº pact. com sequelas de AVE:	
2. Quais os tipos de AVE e sequelas identificados em seu cliente		
<input type="checkbox"/> Isquêmico Quant: _____	Sequelas identificadas	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Hemiparesia (D) (E) <input type="checkbox"/> Hemiplegia (D) (E) <input type="checkbox"/> Hemiparestesia (D) (E)
<input type="checkbox"/> Hemorrágico Quant: _____	Sequelas identificadas	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Hemiparesia (D) (E) <input type="checkbox"/> Hemiplegia (D) (E) <input type="checkbox"/> Hemiparestesia (D) (E)
3. Quais as dificuldades evidenciadas em clientes com AVE Isquêmico		
Dificuldades encontradas		Nº de clientes com as sequelas abaixo
<input type="checkbox"/> Fala		
<input type="checkbox"/> Sono		
<input type="checkbox"/> Deambulação com dificuldade (arrastando)		
<input type="checkbox"/> Deambula com auxílio de muletas ou andador		
<input type="checkbox"/> Acamado totalmente		
<input type="checkbox"/> Acamado, mas com auxílio se locomove até o banheiro		
<input type="checkbox"/> Dificuldade de se alimentar parcialmente		
<input type="checkbox"/> Dificuldade de se alimentar totalmente - em uso de SNG/SNE ou gastrostomia		
<input type="checkbox"/> Perda de memória		
<input type="checkbox"/> Segurar objetos		
<input type="checkbox"/> Se vestir sozinho		
<input type="checkbox"/> Banho		
<input type="checkbox"/> Outros:		

4. Quais as dificuldades evidenciadas em clientes com AVE Hemorrágico	
Dificuldades Encontradas	Nº de clientes com as sequelas abaixo
<input type="checkbox"/> Fala	
<input type="checkbox"/> Sono	
<input type="checkbox"/> Deambulação com dificuldade (arrastando)	
<input type="checkbox"/> Deambula com auxílio de muletas ou andador	
<input type="checkbox"/> Acamado totalmente	
<input type="checkbox"/> Acamado, mas com auxílio se locomove até o banheiro	
<input type="checkbox"/> Dificuldade de se alimentar parcialmente	
<input type="checkbox"/> Dificuldade de se alimentar totalmente - em uso de SNG/SNE ou Gastro	
<input type="checkbox"/> Perda de memória	
<input type="checkbox"/> Segurar objetos	
<input type="checkbox"/> Se vestir sozinho	
<input type="checkbox"/> Banho	
<input type="checkbox"/> Outros:	
5. Qual a frequência das visitas domiciliares - Equipe ESF - após alta hospitalar	
<input type="checkbox"/> 1x por semana <input type="checkbox"/> até 15 dias após a alta e 1x por semana consequentemente <input type="checkbox"/> até 15 dias após a alta e 1x por mês consequentemente <input type="checkbox"/> até 30 dias após a alta hospitalar <input type="checkbox"/> outros	
6. Quais orientações são fornecidas ao cliente e familiares durante sua visita domiciliar em relação à acessibilidade para os cuidados de enfermagem no domicílio?	
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10	
7. Você sugere algum plano de cuidado de enfermagem por escrito durante as visitas para facilitar no processo de reabilitação física deste cliente? Quais? Descreva-os abaixo.	

8. Você encontra alguma dificuldade para que o cliente realize o plano de cuidados prescrito por você? Identifique essas dificuldades.

9. Quais diagnósticos de enfermagem são levantados na consulta de enfermagem para estes clientes com AVE?

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

ANEXO VI – PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Pesquisador: SABRINA BRASIL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26262119.6.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.782.329

Apresentação do Projeto:

A pesquisa traz como objeto de estudo as intervenções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado domiciliário de pessoas com sequelas de AVE, no município de Paraíba do Sul/RJ. Tem como objetivo principal analisar como se processam as intervenções dos enfermeiros das Equipes Estratégia da Saúde da Família para pessoas com sequelas de AVE, com foco na promoção da independência funcional para atividades cotidianas. Para atingir os objetivos desta pesquisa, será realizado o estudo com abordagem qualitativa do tipo descritiva com os enfermeiros da ESF. A pesquisa será desenvolvida no município de Paraíba do Sul, localizado na região Centro Sul do estado do Rio de Janeiro, com as dezessete equipes da ESF de Paraíba do Sul. Os participantes da pesquisa serão os enfermeiros atuantes nas equipes de estratégia de

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

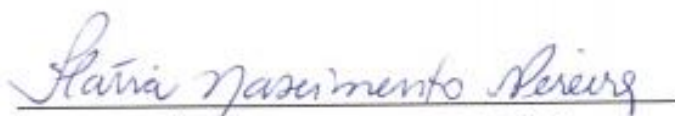
E-mail: cep@unirio.br

ANEXO VII – RESPONSABILIDADE TÉCNICA DE REVISÃO GRAMATICAL**DECLARAÇÃO**

Eu, Flávia Nascimento Pereira, CPF nº 010832707-88, Carteira de Identidade nº 08433502-5, graduada em Letras pela Universidade Estácio de Sá, portadora do diploma de nº 0000761, devidamente registrado no Ministério da Educação, declaro para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) que assumo a responsabilidade Técnica na revisão ortográfica da Dissertação de mestrado intitulada: "AUTONOMIA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DECORRENTE DE SEQUELAS DE AVE: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA RESGATE DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL", de autoria de SABRINA DA SILVA BRASIL, defendida em 17 de junho de 2021.

Declaro ainda que a presente dissertação está de acordo com as normas ortográficas e gramaticais vigentes.

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2021.


FLÁVIA NASCIMENTO PEREIRA