

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE**

FERNANDA SEEBER

**PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DA EQUIPE
INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA O
TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

LAGES

2021

FERNANDA SEEBER

**PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DA EQUIPE
INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA O
TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

Orientadora: Profa. Dr.^a Anelise Viapiana Masiero

Co-Orientadora: Profa. Dra. Lilia Aparecida Kanan

LAGES

2021

Ficha Catalográfica

S451p Seeber, Fernanda.
Processo de alta hospitalar: percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com acidente vascular cerebral/Fernanda Seeber – Lages, SC, 2021.
121 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Anelise Viapiana Masiero
Coorientadora: Lília Aparecida Kanan

1. Acidente vascular cerebral. 2. Alta hospitalar. 3. COVID-19. 4. Interprofissionalidade. 5. Orientações. 6. Percepção. I. Masiero, Anelise Viapiana. II. Kanan, Lília Aparecida. III Título.

CDD 616.12

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

Fernanda Seeber

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES
ESPECIALIZADAS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL, ACERCA DO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 30 de setembro de 2021.

Banca Examinadora:

Participação remota – Instrução normativa 001/PPGAS/2021 e Resolução UNIPLAC nº 460/2021

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero

(Orientador e Presidente da Banca Examinadora – PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Lilia Aparecida Kanan

(Coorientadora)

Profa. Dra. Maria Conceição de Oliveira

(Examinador a Titular Externa– UFSC)

Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha Belinatti

(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro que os dados apresentados nesta versão da Defesa de Dissertação são decorrentes de pesquisa própria e de revisão bibliográfica referenciada segundo normas científicas.

Lages, 30 de setembro de 2021.

Fernanda Seeber

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus, meu confidente de todos os momentos, que nunca me abandona: A ti, Senhor, toda honra e toda a glória. À minha mãe Vera, meu filho Miguel Eduardo, às minhas irmãs, Camila e Juliana, ao meu sobrinho Pedro, e ao meu amor Rodrigo. À vocês meus grandes incentivadores, pelo amor incondicional e força em momentos em que pensei em desistir e me ausentei em busca deste sonho que é nosso.

AGRADECIMENTOS

Trilhar o mestrado é uma longa viagem, uma trajetória com inúmeros desafios, tristezas, incertezas e alegrias pelo caminho, em que é necessário a colaboração de várias pessoas para chegar ao destino desta experiência para a vida.

Nestes dois últimos anos, fomos acometidos pela pandemia pela COVID-19, nossas vidas mudaram, desaceleraram, pararam e muito objetivos tiveram que ser atrasados. Durante todo o período estive na linha de frente da pandemia e, muitas vezes além do medo, tivemos que superar o desânimo e a falta de esperanças.

E, quem esteve ao meu lado, sem me desamparar, sem desistir de mim, quando muitas vezes eu pensei em desistir, merece minha gratidão eterna:

Deus: por ser meu companheiro em todas as horas, por me amparar e guiar.

Minha orientadora Professora Doutora **Anelise Viapiana Masiero**, que sempre acreditou em mim (mesmo quando eu não acreditava), pela confiança, paciência infinita, incentivo, perseverança e elevada competência. Obrigada por toda doçura com que me conduziu nessa jornada, sinto-me honrada e eternamente grata pelo seu apoio.

Á minha co-orientadora Professora Doutora **Lilia Kanan**, com sua visão crítica e oportuna, contribuiu para enriquecer o trabalho realizado.

Á Professora Doutora **Maria Conceição de Oliveira**, por disponibilizar em participar da banca de qualificação e da banca de defesa e nos ensinamentos e dicas para a construção desse trabalho.

Á Professora Doutora **Natália Veronez da Cunha Bellinati**, em participar da banca de defesa, colega de profissão que se destaca com seu olhar amplo sobre a Fisioterapia, unindo o conhecimento teórico á prática, com tanto amor e doçura.

Minha mãe **Vera** e meu filho **Miguel Eduardo**, que sempre acreditaram na minha capacidade, me fortalecendo a ser o melhor de mim. Obrigada por terem feito do meu sonho, o nosso sonho!!

Ás minhas irmãs **Camila** e **Juliana**, e ao meu sobrinho **Pedro**, por serem luz e certeza de que podemos tudo que quisermos. Obrigada por cuidarem tão bem do nosso Miguel, fazendo papel de mãe, em todos os momentos em que me ausentei em busca de novos conhecimentos.

Ao meu amor **Rodrigo**, por me apoiar, me ouvir, me cobrar, me pondo sempre para cima, me fazendo acreditar que posso mais do que imagino.

Às minhas melhores amigas, **Geórgia** e **Rozane**, que mesmo longe, sempre estiveram comigo nas batalhas e conquistas da vida.

Aos meus colegas de mestrado, **Diana Damaceno**, **Bárbara Kock**, **Bruna Vaz**, e **Andréia Borssato**, por estarem ao meu lado, compartilhando vitórias e angústias nesses anos, prontas para me ajudar sempre que necessário.

Aos **participantes da pesquisa**, colegas das Unidades de AVC do Brasil que em plena pandemia, em meio a intensos plantões, dispuseram de tempo para colaborar com a pesquisa. E, em especial a UAVC-HNSP Lages/SC, pessoas e profissionais que apaixonadas por reabilitação e pesquisa, que atuam de maneira **interprofissional** e que fazem toda diferença na difusão de conhecimentos em AVC.

A todos vocês que foram alicerces para essa conquista: meu eterno muito obrigada!

“Não tenha medo, pois estou com você. Não fique ansioso, pois eu sou o seu Deus. Vou fortalecê-lo, sim, vou ajudá-lo. Vou segurá-lo firmemente com a minha mão direita de justiça.” — (Isaías 41:10)

RESUMO

O atendimento em centros especializados denominados Unidades de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) tipo III proporcionam abordagem ampla do processo de reabilitação de pessoas com AVC onde a equipe interprofissional inicia o processo de desospitalização e alta hospitalar com o intuito de promover saúde, reduzir a ocorrência de novos internamentos e contribuir para a qualidade de vida de pacientes e familiares. Neste contexto o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção da equipe interprofissional sobre o processo de alta hospitalar nas UAVC tipo III no Brasil. Estudo de natureza mista, descritivo e transversal desenvolvido por meio da técnica *snowball sampling*. Constituíram a amostra desta pesquisa: profissionais da equipe interprofissional de UAVC tipo III brasileiras que concordaram em participar respondendo um questionário *online* composto por 36 questões fechadas, de múltipla escolha e abertas. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva com auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 22.0 para Windows. Os dados qualitativos foram avaliados pela análise de conteúdo. Dentre os resultados destaca-se que o perfil de profissionais em sua maioria era de: mulheres, médicas, especialistas, embora a maioria não na área de AVC, com média de idade de 38 anos ($\pm 31,81$), média de formação de 11 anos ($\pm 27,57$), e tempo de atuação em UAVC de cerca de 2 anos. Dentre os profissionais que participam do processo de alta, os enfermeiros foram citados por todos os participantes, seguido dos médicos e fisioterapeutas. Na percepção dos entrevistados as orientações e metas são parcialmente elaboradas de forma colaborativa e na maioria das vezes as informações de um membro complementam as informações dos demais. Geralmente estas orientações são realizadas beira-leito, iniciando na admissão e na alta hospitalar sendo baseadas em cartilhas elaboradas pelas próprias UAVC, na prática clínica e no manual de rotinas do Ministério da Saúde. A maioria relatou ter tempo para planejar a alta e orientar. Entretanto alguns relataram, que não, pela sobrecarga de trabalho, intensificada com a pandemia por COVID-19 que interferiu no processo de orientação devido á necessidade de atendimentos de pacientes de outras especialidades no setor e ao acesso restrito dos familiares durante o internamento. Consequentemente resultou em dificuldade de elaboração e discussão de protocolos de orientação de alta hospitalar de forma compartilhada, tornando as orientações mais sucintas, objetivas, feitas por vídeo chamadas, contato telefônico e orientações escritas. Ainda, sobre o processo de desospitalização e alta hospitalar, os participantes apontam como potencialidades a criação de vínculo, com elaboração de um plano terapêutico singular, com estímulo para o autocuidado, e as orientações são claras e de fácil compreensão. O que os faz sentir realizados e motivados. Entretanto apontam como fragilidades o excesso de informações repassadas aos cuidadores e familiares, que podem ser cansativas, com assimilação temporária e dificuldades de comunicação entre a equipe. Assim, conclui-se que embora os profissionais tenham uma percepção positiva sobre a importância e o processo de orientação durante a alta hospitalar fica evidente a necessidade de aprimorar as práticas colaborativas, as estratégias de abordagem e as condições de trabalho.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Alta hospitalar. COVID-19. Interprofissionalidade. Orientações. Percepção.

ABSTRACT

The care in specialized centers called Stroke Units (UAVC) type III provides a broad approach to the rehabilitation process of people with stroke, where the interprofessional team starts the process of de-hospitalization and hospital discharge in order to promote health, reduce the occurrence of new admissions and contribute to the quality of life of patients and families. In this context, the aim of this study was to analyze the perception of the interprofessional team about the hospital discharge process in type III UAVC in Brazil. A mixed, descriptive and transversal study developed using the snowball sampling technique. The sample for this research consisted of professionals from the Brazilian UAVC type III interprofessional team who agreed to participate by answering an online questionnaire consisting of 36 closed, multiple-choice and open questions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics using the Statistical Package for Social Sciences – SPSS software, version 22.0 for Windows. Qualitative data were evaluated by content analysis. Among the results, it is highlighted that the profile of professionals was mostly: women, doctors, specialists, although most not in the area of stroke, with a mean age of 38 years (± 31.81), mean of training in 11 years (± 27.57), and time of experience in UAVC of about 2 years. Among the professionals who participate in the discharge process, nurses were mentioned by all participants, followed by physicians and physiotherapists. In the interviewees' perception, the guidelines and goals are partially elaborated in a collaborative way and, in most cases, the information from one member complements the information from the others. Generally, these guidelines are carried out at the bedside, starting at admission and at hospital discharge and are based on booklets prepared by the UAVC themselves, in clinical practice and in the routine manual of the Ministry of Health. Most reported having time to plan for discharge and provide guidance. However, some reported that no, due to the work overload, intensified by the COVID-19 pandemic, which interfered in the guidance process due to the need to care for patients from other specialties in the sector and the restricted access of family members during hospitalization. Consequently, it resulted in difficulty in developing and discussing shared hospital discharge guidance protocols, making the guidelines more succinct, objective, made by video calls, telephone contact and written guidelines. Still, about the process of dehospitalization and hospital discharge, the participants point out as potentialities the creation of a bond, with the development of a unique therapeutic plan, with encouragement for self-care, and the guidelines are clear and easy to understand. What makes them feel fulfilled and motivated. However, they point out as weaknesses the excess of information passed on to caregivers and family members, which can be tiring, with temporary assimilation and communication difficulties between the team. Thus, it is concluded that although professionals have a positive perception about the importance and the guidance process during hospital discharge, the need to improve collaborative practices, approach strategies and working conditions is evident.

Keywords: COVID-19. Guidelines. Hospital discharge. Interprofessionalism. Perception. Stroke.

IMPACTO E CARÁTER INOVADOR DA PRODUÇÃO INTELECTUAL

Na área da saúde, as inovações são de grande importância para a sociedade, gerando novas tecnologias, novos processos, novas formas de diagnósticos e novos procedimentos, os quais resultarão em benefícios para a sociedade. A medida que se aprimora a formação dos profissionais de saúde, se contribui para a melhoria da assistência em saúde. Em particular, quando se fala em processo de alta hospitalar de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), espera-se promover saúde, reduzir a ocorrência de novos internamentos e contribuir para a qualidade de vida de pacientes e familiares pós-AVC. O caráter inovador deste estudo, se dá em estudar profundamente e de modo inédito, a percepção dos profissionais em relação à efetividade das orientações ministradas por ele e pela equipe interprofissional da qual faz parte, através de questionário baseado nas vivências e experiências profissionais da pesquisadora, que integra a equipe interprofissional de uma UAVC tipo III. Enquanto impacto, acredita-se que o estudo possa ter contribuído para a reflexão dos profissionais de saúde envolvidos com a alta hospitalar de pacientes com AVC, durante o preenchimento do questionário. O objetivo das perguntas foi fazer o profissional refletir sobre o processo de alta hospitalar e quem sabe, ressaltando o que é importante e avaliando a necessidade de introduzir mudanças na educação em saúde. Importante destacar que a equipe interprofissional pode contribuir para a mudança de pensamentos e condutas, gerar conhecimento e desenvolver propostas inovadoras de ensino e tecnologias sociais. Assim, espera-se que a partir deste estudo possam ser estabelecidas parcerias entre instituições de saúde e os profissionais de UAVC para aprimorar os processos de alta hospitalar, com uma visão mais globalizada do paciente e seu contexto social. Desta forma, entende-se que o estudo tem um impacto profissional, educacional e social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de Acidente Vascular Cerebral	28
Figura 2 – Principais causas de morte no Brasil para ambos os sexo em 2019	30
Figura 3 – Fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral.....	38
Figura 4 – Esquema de ações necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	40
Figura 5 – Organização da alta e desospitalização	51
Figura 6 – Mecanismos potenciais de Acidente Vascular Cerebral em COVID-19....	54
Figura 7 – Perspectiva interprofissional adotada no estudo	59
Figura 8 – Representação visual dos termos citados relacionados às dificuldades nas orientações que mais apareceram no discurso dos participantes.....	82
Figura 9 – Representação visual da frequência das palavras relacionadas às potencialidades nas orientações que mais apareceram no discurso dos participantes, Brasil, 2021	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Índice de óbitos por Acidente Vascular Cerebral em Santa Catarina e no Brasil, Brasil, 2021.	31
Gráfico 2 – Índice de óbitos causados por AVC no estado de Santa Catarina entre os anos de janeiro de 2019 e agosto de 2021, Brasil, 2021.....	31
Gráfico 3 – Percepção das orientações de alta pelos demais membros da equipe interprofissional, Brasil, 2021.	68
Gráfico 4 – Incentivo às orientações de alta, por parte das instituições hospitalares das UAVC dos participantes, Brasil, 2021.....	71
Gráfico 5 – Apreensão dos profissionais acerca das orientações de alta hospitalar transmitidas, Brasil, 2021.	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índices de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral (isquêmico ou hemorrágico), por região brasileira, de dezembro de 2018 a junho de 2021, Brasil, 2021.	29
Tabela 2 – Valor gasto com serviços hospitalares/internamentos por Acidente Vascular Cerebral (isquêmico ou hemorrágico) de 2018 a 2021, Brasil, 2021.....	29
Tabela 3 – Análise descritiva do perfil sociodemográfico de profissionais de UAVC tipo III de instituições hospitalares brasileiras, Brasil, 2021.....	65
Tabela 4 – Profissionais das UAVCs tipo III envolvidos no processo de orientação e alta hospitalar de pacientes com AVC, Brasil, 2021.....	67
Tabela 5 – Percepção da equipe interprofissional em relação a prática colaborativa para o estabelecimento de metas e orientações, Brasil, 2021.....	68
Tabela 6 – Informações sobre o processo de alta hospitalar, Brasil, 2021.	70
Tabela 7 – Tempo para realização das orientações de alta hospitalar, Brasil, 2021.	73
Tabela 8 – Percepção dos profissionais sobre modo que pacientes/familiares recebem as informações de alta, Brasil, 2021.....	75
Tabela 9 – A pandemia por Covid-19 e as orientações de alta hospitalar em AVC, Brasil, 2021	78
Tabela 10 – Percepção dos profissionais sobre as orientações transmitidas pela equipe interprofissional, Brasil, 2021.....	79
Tabela 11 – Influência na orientação da alta hospitalar considerando a forma como as famílias e/ou cuidadores recebem as informações, Brasil, 2021.	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de risco não modificáveis para o Acidente Vascular Cerebral, Brasil, 2021.	33
Quadro 2 – Fatores de risco modificáveis, Brasil, 2021.	34
Quadro 3 – Tipos e especificidades das UAVC em conformidade com a Portaria n.º 665/2012 do Ministério da Saúde, Brasil, 2021.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	– Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	– Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVCH	– Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	– Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CID	– Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	– Síndrome Respiratória Aguda Grave Do Coronavírus 2
DCNT	– Doenças Crônicas não-Transmissíveis
HMTR	– Hospital e Maternidade Tereza Ramos
HNSP	– Hospital Nossa Senhora dos Prazeres
LAB_AVC	– Laboratório de Inovações na Atenção às Doenças Crônicas
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PNHOSP	– Política Nacional de Assistência Hospitalar
PPGAS	– Programa de Pós- graduação
PTS	– Plano Terapêutico Singular
RAS	– Redes de Atenção em Saúde
rt-PA	– Ativador do Plasminogênio Tecidual
RUE	– Rede de Urgência e Emergência
SARS-CoV-2	– Síndrome Respiratória Aguda Grave Do Coronavírus 2
SBC	– Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBDCV	– Sociedade Brasileira de Doenças Cérebro-Vasculares
TC	– Tomografia Computadorizada
UAVC	– Unidades de Acidente Vascular Cerebral
UNIPLAC	– Universidade do Planalto Catarinense
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
WHO	– World Health Organization
WHOQOL Group	– World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	22
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	25
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3.1	O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	27
3.2	FATORES DE RISCO	32
3.2.1	Fatores de risco não modificáveis	33
3.2.2	Fatores de risco modificáveis ou tratáveis	33
3.3	ESTILO E QUALIDADE DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	35
3.4	POSSÍVEIS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	36
3.6	TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	38
3.5	UNIDADES DE TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL..	41
3.6	TRABALHO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM UAVC TIPO III PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM AVC.....	45
3.7	PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR E O CUIDADO	48
3.8	A PANDEMIA POR COVID E O AVC	53
3.9	A PERCEPÇÃO.....	56
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	57
4.1	TIPO DE ESTUDO	57
4.2	PERSPECTIVA DE PESQUISA E POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO	58
4.3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	60
4.4	POPULAÇÃO DO ESTUDO	60
4.4.1	Critérios de Inclusão dos participantes.....	60
4.4.2	Critérios de Exclusão dos Participantes	61
4.5	ETAPAS DO ESTUDO	61
4.5.1	Primeira etapa - Procedimentos de contato com os participantes	61
4.5.2	Segunda Etapa - Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados ...	62

4.6	PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	RECOMENDAÇÕES	87
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	107
	Apêndice 1 – Mensagem com encaminhamento do <i>link</i> da Pesquisa	107
	Apêndice 2 – TCLE Equipe Interprofissional.....	109
	Apêndice 3 – Questionário da pesquisa.....	111
	ANEXOS	117
	Anexo 1 – Cópia do Documento de Aprovação do Comitê de Ética	117
	Anexo 2 – Participação em evento.....	121

1 INTRODUÇÃO

O Brasil encontra-se em uma transição demográfica significativa. Dentre os fatores relacionados com esta transição estão: declínio da fecundidade, o aumento da longevidade, ampliação das políticas públicas relacionada aos serviços de saúde, promoção da saúde com vistas à educação e atenção materno-infantil, e melhoria da qualidade de vida em geral (IBGE, 2016).

O aumento da expectativa de vida ao nascer amplia o número de idosos, trazendo como consequência maior demanda por atendimentos, sobretudo por traumatismos e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MENDES, 2009).

A modificação do perfil demográfico é também reflexo do estilo de vida adotado, ou seja, as opções e decisões tomadas pelo indivíduo com respeito a sua saúde: atividades de lazer, hábitos alimentares, comportamentos autodeterminados ou adquiridos social ou culturalmente (CHRISTOPHER *et al.*, 2009).

A adoção de um estilo de vida não-adequado (tabagismo, má alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) associado a fatores não modificáveis (sexo, idade e herança genética) elevam o risco de DCNT (MALTA *et al.*, 2015). As DCNT constituem sete das dez principais causas de morte no mundo, conforme estimativas globais de saúde de 2019 pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2020).

Dentre as DCNT, o AVC se apresenta como a principal causa de incapacidade no Brasil (OPAS, 2020), a cada 5 segundos, independentemente da idade ou sexo, alguém em algum lugar do mundo morre de AVC (BRASIL, 2021), com uma incidência anual de 400 mil casos (OMS, 2021).

Segundo OPAS (2021) pessoas com problemas de saúde pré-existente, incluindo doenças cardíacas e AVC, apresentam maior risco de desenvolver formas graves da COVID-19 e morte.

A pandemia da covid-19 causa impacto mundial, tanto na morbimortalidade, quanto econômico, mesmo com o alto índice de óbito causados pelo surto pandêmico, a transição demográfica brasileira mantêm-se. Porém, a pandemia chegou ao Brasil em momento de instabilidade política e econômica brasileira, dificultando que mesmo com o bônus demográfico, desacelere a melhoria da qualidade de vida da população brasileira (ECODEBATE, 2020).

Segundo Safanelli *et al.* (2019), o custo médio para o tratamento de um paciente com qualquer tipo de AVC em hospital público fica próximo a 10 mil reais.

Além das complicações e sequelas, o paciente hospitalizado por AVC, tem o dobro de chances de óbito, quando comparado a pacientes internados com outras doenças (DATASUS, 2018), o que destaca essa patologia como um importante problema de saúde pública. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), desde 2011 busca oferecer à população um novo desenho de gestão do SUS por meio das Redes de Atenção em Saúde (RAS), com o objetivo organizar os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, articulando o cuidado à qualidade e resolutividade (LUIZA; ROSA; SILVA, 2013; SILVA; SENA, 2006).

Dentre as RAS priorizadas pelo MS, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi a primeira a ser publicada, sendo umas das prioridades a implantação das linhas de cuidado do AVC por meio da Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012, a qual organiza a atenção especializada, a Unidade de Tratamento de AVC (UAVC), como parte do enfrentamento do problema, a fim de garantir retaguarda de maior complexidade (BRASIL, 2012).

A UAVC é definida como unidade de cuidados clínicos multiprofissional, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo AVC até quinze dias da internação hospitalar (UAVC tipo III). Tem por atribuição dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa (BRASIL, 2012).

A base do conceito de integralidade e continuidade da assistência, prevenção, recuperação, pesquisa e educação em saúde que as UAVCs preconizam, se dá pela consonância da equipe interprofissional, com a multiplicação de experiências individuais onde se identificam avanços na configuração das práticas em direção à integralidade (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Nesse contexto, a equipe interprofissional que compõe as UAVCs, realiza frequentemente, por meio de reuniões a avaliação, discussão e direcionamento, do quadro clínico e terapêutico do paciente, sendo, aspectos importantes para auxiliar no entendimento do sujeito e do cenário apresentado. Essas ações são importantes para subsidiar a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), visando, dessa maneira, uma perspectiva global que atenda às necessidades de cada pessoa (BRASIL, 2007).

Os protocolos baseados no PTS de cada paciente irão nortear o atendimento, além de dar suporte científico para a equipe. Ainda, proporcionam a evolução no

cuidado com o paciente, promovendo melhor qualidade e eficiência no atendimento, consolidando o profissional como um elo assertivo e decisório no processo de cuidar (PINTO *et al.*, 2011).

Na rotina diária das UAVCs, as orientações de alta hospitalar para uma desospitalização efetiva, iniciam desde o primeiro contato com paciente e familiares, e se efetivam durante todos o período de hospitalização. Este processo é organizado pela equipe com conhecimento amplo do quadro clínico e do possível prognóstico do paciente (SAUDE, 2013).

Neste planejamento é elaborado um resumo conciso e instrutivo sobre as informações necessárias ao cuidado em domicílio da pessoa com AVC. Estas informações são entregues ao paciente e familiares no intuito de que, além de contribuir com o cuidado possa contribuir para evitar novas reinternações (PINHEIRO, 2018).

Porém, mesmo com todo o empenho da equipe, podem surgir barreiras que impossibilitem a aplicação dos protocolos de orientação de alta hospitalar, como: disponibilidade de tempo, grande demanda de pacientes, rotatividade de pacientes, horários da alta hospitalar (GRACIOTO, 2006).

A percepção de desempenho é um comportamento estratégico que visa compreender o desempenho em equipe em relação à atividade executada. Contribui para a interação interprofissional e promove o crescimento de indivíduos e grupos (FRANCO *et al.*, 2017).

Assim, visando buscar a melhoria contínua dos resultados e entender a função e a integralidade da equipe interprofissional, a avaliação e reflexão sobre o desempenho da atividade realizada, busca estimular a melhoria da produtividade, da participação e da motivação (DANTAS, 2020) .

Em 2020, em particular, mais um agravante se soma as estatísticas não satisfatórias dos AVCs. A pandemia pelo novo Coronavírus humano, chamada de Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) ou (COVID-19), com mais de 14 milhões de casos no mundo e mais de 600.000 mortos, tem desafiado a humanidade e as autoridades de saúde (WHO, 2020).

Os sintomas incluem febre, tosse, dispneia, diarreia e fadiga muscular, podendo haver também implicações neurológicas. O potencial de invadir os tecidos neurais já está bem documentada. Pacientes com COVID-19 podem apresentar dor de cabeça, tonturas, mialgia e anosmia, bem como casos de encefalopatia, encefalite,

encefalopatia hemorrágica necrosante, AVC, convulsões epilépticas e síndrome de Guillain-Barré (CAROD-ARTAL, 2019). Pacientes com histórico anterior de AVC, tem três vezes mais chances de óbito (TREJO; GABRIEL; GALÁN, 2020).

Com base no aumento do número de casos de AVC causados por COVID-19, e a necessidade de evitar a exposição ao vírus causada por períodos longos de internamento e reinternações, o processo de orientações de alta hospitalar se tornou ainda mais desafiadora para as equipes interprofissionais (CRISPIM *et al.*, 2020).

Crispim *et al.* (2020) relatam ainda que, frente a essa nova realidade, as famílias têm ficado cada vez menos em contato com os pacientes hospitalizados para evitar o risco de contaminação. As visitas e permanência de acompanhantes com os pacientes tem sido restrita, o que faz com que os profissionais de saúde criem novas maneiras de comunicação com as equipes, através da orientação por telemedicina e cartilhas de orientação (Crispim *et al.*, 2020).

Diante do exposto, justificou-se a importância do presente estudo respaldado ainda pelo fato de não terem sido encontrados, durante a busca realizada na literatura, trabalhos que analisem a percepção dos profissionais da equipe interprofissional de UAVC sobre o processo de alta hospitalar e a efetividade das orientações.

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O interesse pelo tema surgiu ainda quando aluna de graduação do curso de fisioterapia, tive a graduação voltada para a área de reabilitação neurológica, tendo oportunidade inclusive, de estagiar na primeira UAVC do Brasil (Hospital São José em Joinville), quando iniciei o contato com pacientes vítimas de AVC que me relatavam as dificuldades em novas adaptações e na retornada de suas atividades de vida diárias. O mesmo acontecia com seus cuidadores, que não tinham conhecimento da doença e das complicações de seu familiar.

Nos últimos três anos, tive a oportunidade de ser Fisioterapeuta da UAVC-HNSP, segunda unidade de AVC tipo III do Estado de Santa Catarina. Esta unidade foi implantada em 2018 e tem contribuído para o enfrentamento do AVC na Serra Catarinense. Integra o projeto LAB_AVC Serra Catarinense, o qual foi reconhecido como experiência inovadora em Educação em Saúde pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde (BRASIL, 2018). Um dos objetivos do LAB-AVC

Serra Catarinense é contribuir para a Educação e o Trabalho Interprofissional (FARIA; BACCIN; MASIERO, 2018).

Importante ainda destacar a experiência como plantonista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com perfil cirúrgico, tendo a oportunidade de acompanhar vários pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Hemorrágico (AVC-H), quando os mesmos recebiam alta da UTI, algumas vezes, acompanhava a sua reabilitação nos setores de internamento.

Concomitante ao trabalho na UAVC, sou profissional da linha de frente no enfrentamento da COVID-19, na UTI do Hospital e Maternidade Tereza Ramos (HMTR), em Lages e observo a alteração de rotinas que tivemos nos últimos tempos, aproximando os profissionais dos pacientes e, simultaneamente, afastando os mesmos, dos familiares.

No dia a dia de trabalho, como integrante da equipe interprofissional da UAVC me deparo com realidade dos pacientes e familiares acometidos por AVC. A prática proporcionada pela rotina do atendimento com pacientes com déficits neurológicos, associada aos estudos e à empatia pelo tema, possibilitam uma abordagem direcionada para a realidade, capacidades, possibilidades e restrições que cada paciente e seus familiares podem enfrentar pós alta hospitalar.

Entretanto, observo que mesmo diante dos esforços contínuos da equipe para propiciar a melhor qualidade de alta, transmissão das práticas de educação em saúde baseadas nos protocolos de orientação de alta hospitalar, nem sempre podem ser realizadas em toda sua amplitude aos pacientes e familiares. Tal condição, pode gerar frustração para os profissionais, familiares e pacientes, além da persistência e piora de déficits do AVC, reinternações, aumento do índice de óbitos, etc.

Assim, na perspectiva de contribuir para a reflexão sobre qualidade das orientações prestadas às vítimas acometidas pelo AVC, é que se propõe o presente estudo.

1.2 PERGUNTA DE PESQUISA

Qual a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com Acidente Vascular Cerebral sobre o processo de alta hospitalar?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com Acidente Vascular Cerebral sobre o processo de alta hospitalar

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais da equipe interprofissional de Unidades de AVC tipo III de hospitais Brasileiros.
- Investigar como ocorre a participação da equipe interprofissional no processo de alta hospitalar.
- Investigar se a pandemia por COVID-19, interferiu nos modos de orientações de alta hospitalar.
- Identificar a percepção da equipe interprofissional, através dos apontamentos das fragilidades e potencialidades em relação ao processo de alta hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Acidente Vascular Cerebral está entre as principais causas de mortes no mundo todo. Para contextualizar essa problemática serão abordados nesta revisão de literatura aspectos relacionados: ao Acidente Vascular Cerebral, a epidemiologia do AVC; fatores de risco; estilo e qualidade de vida; consequências do AVC; tratamento; as unidades de AVC; a equipe interprofissional e a reabilitação; o processo de alta hospitalar e o cuidado; a pandemia por COVID-19 e o AVC e a análise da percepção.

3.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como comprometimento neurológico focal (ou global) que ocorre abruptamente, com sintomas permanecendo além de 24 horas, ou levando à morte, de possível origem vascular (WHO, 2006).

Os sinais característicos de AVC são: perda de força muscular repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo. Podendo apresentar também como sinais frequentes: 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 e diminuição ou perda de consciência (BRASIL, 2013).

Classicamente o AVC é dividido em três subtipos:

- **AVC isquêmico (AVCI):** ocorre pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação (oxigênio e glicose), afetando subsequentemente os processos metabólicos do território vascular. Sendo responsável por 85% dos casos de AVC, pode ocorrer em uma ou mais regiões do encéfalo e é resultante de obstrução arterial por um trombo ou embolo (SBDCV, 2019).

A causa mais comum do AVCI decorre de doenças cardiovasculares: doença valvular, infarto do miocárdio, arritmias, doença cardíaca congênita; doenças sistêmicas podem originar êmbolos sépticos, gordurosos ou de ar, que atinge a circulação cerebral (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2004).

- **AVC hemorrágico (AVCH):** é causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral), para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e/ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóidea), e, acontece em 13% dos casos (SBDCV, 2019).

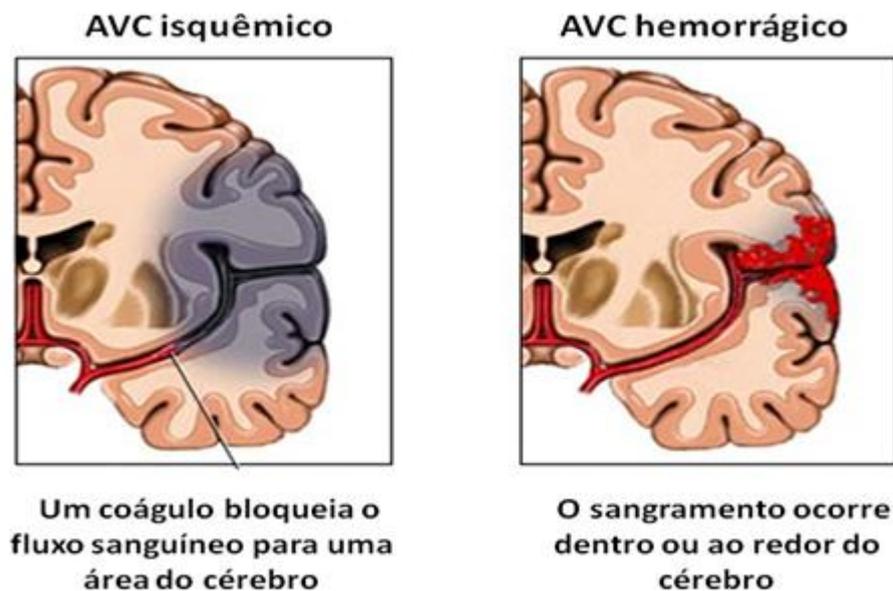
Os aneurismas são decorrentes de uma fraqueza na parede das artérias cerebrais, sem uma razão bem definida na maioria dos casos. No entanto, podem estar associadas a traumas, infecções e uso de drogas (EINSTEIN, 2019).

A hipertensão arterial está profundamente relacionada à hemorragia (OIGMAN, 2014).

- **Acidente Isquêmico Transitório (AIT):** O AIT é definido, classicamente, como um quadro clínico de déficits neurológicos focais com início súbito e resolução em menos de 24 horas, que se presume ser de origem vascular e se limita a um território cerebral que é irrigado por uma artéria em particular (ALBERS *et al.*, 2002).

A Figura 1 apresenta de forma esquemática a ocorrência do AVC.

Figura 1 – Tipos de Acidente Vascular Cerebral, Brasil, 2021.



Fonte: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV, 2019).

O alto índice de internamentos por AVC, entre os anos de 2018 e 2021, pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 – Índices de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral (isquêmico ou hemorrágico), por região brasileira, de dezembro de 2018 a junho de 2021, Brasil, 2021.

Região	2018	2019	2020	2021	Total
Região Norte	1.716	11.538	10.736	4.294	28.558
Região Nordeste	8.291	56.688	49.866	20.865	135.710
Região Sudeste	11.514	82.619	80.310	33.177	207.560
Região Sul	5.697	38.230	35.996	13.997	93.920
Região Centro-oeste	1.875	12.056	11.845	4.308	30.084
Total	29.093	201.131	188.753	76.581	495.558

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2018/2021.

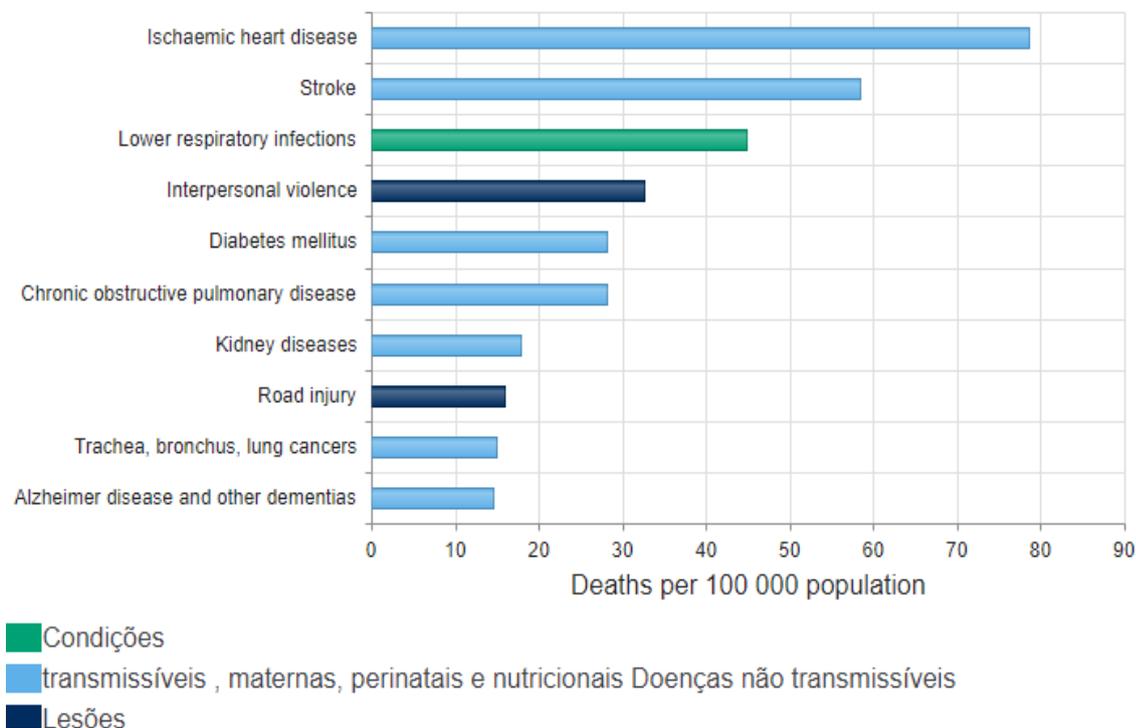
Corroborando com os números demonstrado na Tabela 1, a Tabela 2 apresenta o alto índice de gastos com serviços hospitalares no diagnóstico e tratamento do AVC para o governo.

Tabela 2 – Valor gasto com serviços hospitalares/internamentos por Acidente Vascular Cerebral (isquêmico ou hemorrágico) de 2018 a 2021, Brasil, 2021.

Região	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	23.515.732,80	250.941.331,69	249.761.668,73	94.346.938,08	618.565.671,30
1 Região Norte	1.298.454,86	12.118.717,08	11.175.688,15	4.582.052,19	29.174.912,28
2 Região Nordeste	6.086.309,16	62.853.951,40	59.572.454,98	22.519.329,59	151.032.045,13
3 Região Sudeste	9.115.928,61	106.253.140,76	109.562.791,92	42.881.186,95	267.813.048,24
4 Região Sul	4.459.212,70	51.674.383,76	51.307.720,37	17.920.178,04	125.361.494,87
5 Região Centro-Oeste	2.555.827,47	18.041.138,69	18.143.013,31	6.444.191,31	45.184.170,78

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2018/2021

Segundo a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (2019), o AVC configura como a segunda principal causa de morte no Brasil, perdendo apenas para mortes por doenças isquêmicas do coração, conforme apresentado na Figura 2.

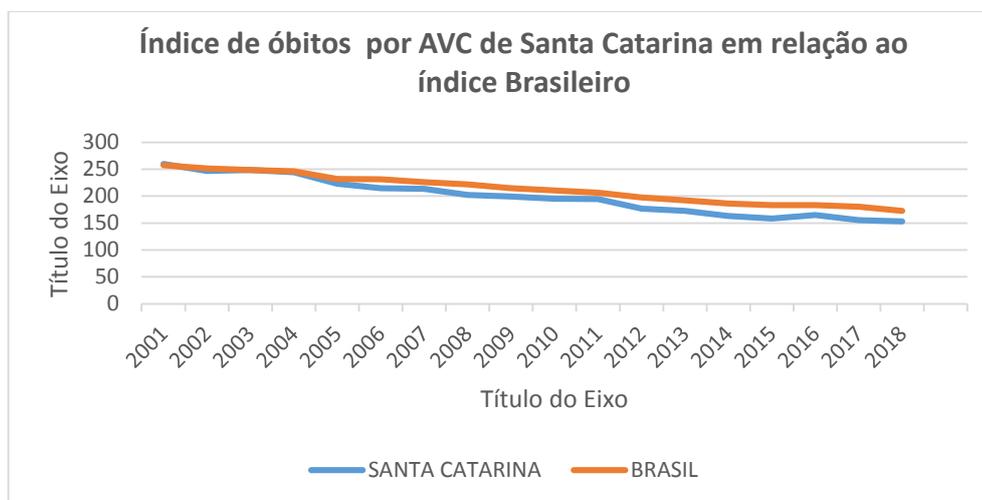
Figura 2 – Principais causas de morte no Brasil para ambos os sexos em 2019, Brasil, 2021.

Fonte: WHO (2019).

Segundo o Ministério da Saúde, mais de 100 mil pessoas vão á óbito por ano no Brasil. Os óbitos por AVC registraram uma leve queda em 2021. Em 2019: 101.965 casos; em 2020: 102.812 casos e em; de janeiro a 27 de outubro de 2021: 84.426 casos (NEVES, 2021).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2018), em Santa Catarina as perspectivas são positivas: o número de óbitos por AVC caiu 24,29% na década entre 2008 e 2018, conforme apresentado no Gráfico 1:

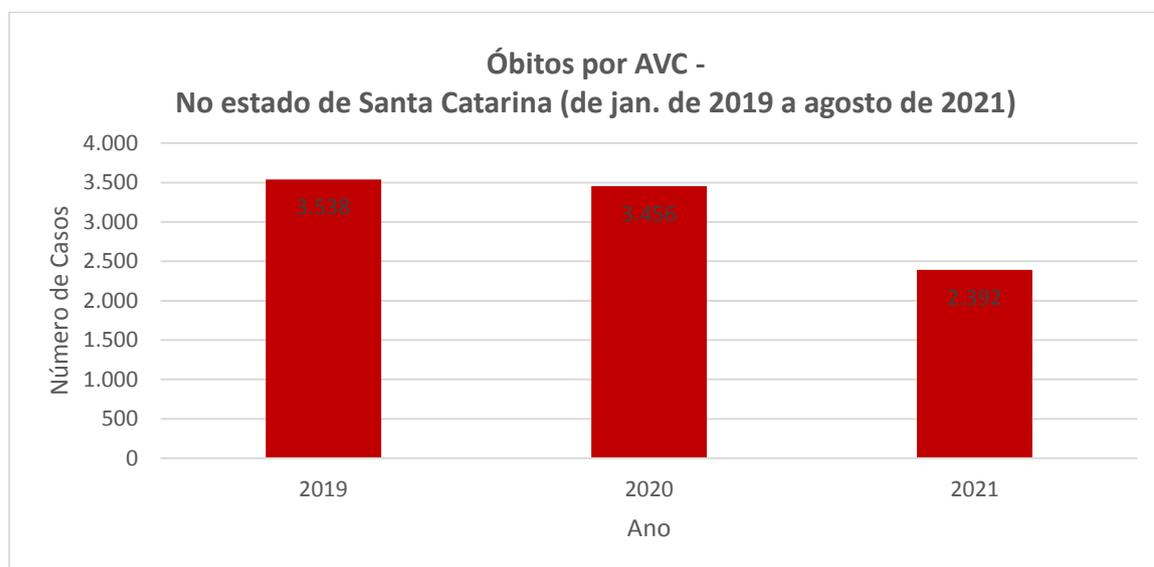
Gráfico 1 – Índice de óbitos por Acidente Vascular Cerebral em Santa Catarina e no Brasil, Brasil, 2021.



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2018).

Ao encontro dos dados decrescentes de óbitos apresentados no Gráfico 1, o Gráfico 2 apresentam dados atualizados de janeiro de 2019 a agosto de 2021, com redução anual do número de casos de mortalidade por AVC em Santa Catarina, segundo o Portal da Transparência do Registro Civil (2021):

Gráfico 2 – Índice de óbitos causados por AVC no estado de Santa Catarina entre os anos de janeiro de 2019 e agosto de 2021, Brasil, 2021.



Fonte: Central de Informações do Registro Civil (CRC NACIONAL, 2021).

Em 2030, estima-se que o impacto mundial de doença cerebrovascular em anos de vida, ajustados por incapacidade, pode ser de três vezes mais do que a tuberculose e quatro vezes maior do que a malária (LANCET, 2011).

A redução de óbitos pelas DCNT, incluindo o AVC, pode se dar pela introdução de hábitos saudáveis e investimentos em saúde na maioria das situações (OPAS/OMS Brasil, 2018).

A eficiência do tratamento do paciente com AVC agudo depende diretamente do conhecimento dos seus sinais e sintomas pela população, da agilidade dos serviços de emergência, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar e das equipes clínicas, que deverão estar conscientizadas quanto à necessidade da rápida identificação e tratamento, do transporte imediato para o hospital indicado e de unidades de tratamento do AVC (FIOROT Jr *et al.*, 2018).

Alguns aspectos como: controle dos fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, fibrilação atrial, tabagismo, sedentarismo e obesidade, condição socioeconômica, qualidade da prevenção primária e qualidade dos cuidados hospitalares podem influenciar na taxa de novos casos de AVC no Brasil (CARVALHO *et al.*, 2011).

No contexto atual, o AVC e a pandemia por COVID-19 estão diretamente relacionados. A pandemia por COVID-19 tem matado mais pessoas do que o AVC e o infarto, segundo o Portal da Transparência do Registro Civil (2020). Só nesse ano de 2021, foram infectados pela pandemia mais de 217 milhões de pessoas no mundo, destas, 4,51 milhões foram á óbito. Sendo que no Brasil 20,8 milhões foram contaminadas pelo vírus, com mortalidade 580 mil pessoas, segundo dados do Instituto Johns Hopkins (JHU CSSE, 2021).

3.2 FATORES DE RISCO

Os fatores de riscos para o AVC podem ser divididos em: não modificáveis (aqueles que não é possível exercer influência sobre os mesmos) e em modificáveis (ou tratáveis) (BRASIL, 2012).

Segundo a SBDCV (2019), fator de risco é aquele que pode facilitar a ocorrência de AVC. Sendo que o manejo adequado dos fatores de risco diminui a probabilidade de uma pessoa ter um AVC, aumentando o tempo e a qualidade de vida.

3.2.1 Fatores de risco não modificáveis

Os fatores de risco modificáveis serão apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Fatores de risco não modificáveis para o Acidente Vascular Cerebral, Brasil, 2021.

Idade, etnia e sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Um AVC pode surgir em qualquer idade (inclusive entre crianças e recém-nascidos)(AUGUSTO; CIASCA, 2015); - Há aumento das chances de AVC com o avançar da idade: Barros (2010) avalia que a incidência da doença cresce com o avançar da idade, em pacientes com idades entre 70 a 79 anos a taxa de mortalidade é duas vezes maior em relação aos pacientes 20 anos mais jovem; - Pessoas do sexo masculino e a raça negra exibem é duas vezes maior tendência ao desenvolvimento de AVC (LOTUFO <i>et al.</i>, 2013).
História de doença vascular prévia e familiar	<ul style="list-style-type: none"> - 1 a cada 4 pessoas já teve AVC, AIT, outras doenças vasculares (infarto) ou doença vascular obstrutiva periférica maior probabilidade de ter um AVC, segundo a American Heart Association (2018).
COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - O mecanismo de surgimento de trombos nas artérias que irrigam o cérebro é promovido pela a inflamação sistêmica em resposta ao Sars-CoV-2. As citocinas, substâncias inflamatórias liberadas em excesso em algumas pessoas acometidas pelo COVID-19, agridem o endotélio, a parede dos vasos sanguíneos levando a formação de trombos (AÇÃO AVC, 2021).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

3.2.2 Fatores de risco modificáveis ou tratáveis

Xavier (2014) classifica com fatores de modificáveis ou tratáveis aqueles que, com a realização de ajustes ao estilo de vida ou com o início de tratamento médico, o risco pode ser diminuído.

Os fatores de riscos modificáveis servem como preditores das doenças crônicas não transmissíveis, pois, influenciam no estado e qualidade de vida e podem ser modificados por alterações no estilo de vida (MESA, 2015).

Os fatores de risco modificáveis estão descritos a seguir, no Quadro 2:

Quadro 2 – Fatores de risco modificáveis, Brasil, 2021.

Hipertensão arterial	- É a mais comum e representa um risco de seis a sete vezes maior em relação aos não hipertensos. A hipertensão lesiona os vasos sanguíneos do cérebro podendo causar um AVC. (BARROS,2010).
Doenças cardíacas	- Especialmente as arritmias (a mais comum é a fibrilação atrial), facilita a formação de coágulos sanguíneos; o infarto, doença valvares, cardiopatia chagásica (Doença de Chagas), além das insuficiências cardíacas congestivas e coronariopatias (GAGLIARDI, 2014)
Tabagismo	- O tabagismo passivo e ativo, pode acometer a circulação sanguínea e aumentar o risco de AVC - as substâncias químicas presentes na fumaça do cigarro penetram pelos pulmões até a corrente sanguínea, afetando as células e provocando alterações no sistema circulatório (RASSELLI; RUBENS, 2011).
Diabetes	-Estados de hiperglicemia prolongada levam ao aumento do risco de AVC, causados pelo processos de aterosclerose, que, associada a outros fatores de risco cardiovasculares constituem a síndrome metabólica (PINTO, 2013).
Sedentarismo	- O sedentarismo leva ao sobrepeso/obesidade, predispondo à hipertensão, diabetes, níveis inadequados de colesterol no sangue, que são fatores de risco para AVC (CHAVES, 2000).
Dieta e alterações no colesterol	- O excesso de gordura no sangue (dislipidemias), especialmente de colesterol, leva à formação de placas nas paredes das artérias. Isto as torna mais estreitas e reduz o fluxo sanguíneo, aumentando a chance de um AVC. A hiperlipidemia está associada com a progressão à aterosclerose (SBC, 2017). - A obesidade deve ser controlada, principalmente por sua associação com a diabetes, inatividade física, hipertensão arterial e dislipidemias (CHAVES, 2000).
Álcool e drogas	- O consumo excessivo de álcool leva a hipertensão e níveis inadequados de colesterol no sangue - fatores de risco já citados (GARCIA, 2015). - O uso de cocaína ou crack tem potencial ação de gerar lesão arterial e picos hipertensivos, sendo associado a ocorrência do AVC (SBDCV, 2017).
Anticoncepcional	- O uso de pílulas anticoncepcionais pode favorecer o surgimento de AVC, principalmente em mulheres fumantes, ou com hipertensão arterial, ou com enxaqueca (CHAVES, 2000).

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

3.3 ESTILO E QUALIDADE DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A incidência de doenças crônicas como o AVC, e sua mortalidade estão diretamente relacionados ao estilo e qualidade de vida do sujeito (RANGEL; BELASCO; DACCINI, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (2004) define estilo de vida como:

“É o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas”.

O grupo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group), da OMS (1995), define a qualidade de vida como :

“Uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Segundo Andrade (2011), qualidade de vida é um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo deve levar em conta a percepção do indivíduo e suas relações com o meio ambiente.

Os dois conceitos são subjetivos, mas intrinsecamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente, e a percepção do indivíduo a respeito de sua satisfação com a vida (PORTES, 2011).

Entre os componentes do estilo de vida responsáveis pela redução da mortalidade pelo AVC destacam-se, em ordem crescente, a abstinência do tabagismo, redução da pressão arterial, redução do peso e prática de atividades físicas regulares, redução do sal na dieta e aumento da ingestão de frutas e verduras (CHRISTOPHER *et al.*, 2009).

Ajustes de melhores hábitos no estilo de vida, induzem ao adequado peso corporal, o aumento da atividade física diária e à dieta saudável também se associam

favoravelmente à qualidade de vida de pessoas com DCNT (ZAMAI; BANKOFF, 2009).

Rangel, Belasco e Diccini (2013) apresentam que os domínios da qualidade de vida mais afetados pós AVC são: função física, papel emocional, papel social, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. O grau de dependência do cuidado, o número de AVC, o nível de escolaridade, gênero feminino e maior número de pessoas dependentes da renda foram as variáveis que interferiram negativamente na qualidade de vida e conseqüentemente aumento do risco de DCNT e AVC.

Andrews *et al.* (2011), concluíram que favoráveis mudanças no estilo de vida afetam a qualidade de vida, especialmente com relação à saúde pós-AVC.

Gomes (2007) mostra que, as principais mudanças observadas no estilo de vida do portador de AVC são em relação à alimentação, a prática de atividade física regular, o controle do “*stress*” e o uso de medicamentos.

Mudanças no estilo de vida, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida, levam a sobrevida durante mais alguns anos, e da manutenção das funções preservadas devem ser feitas por meio de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e adaptação a novas condutas permanentes (BRASIL, 2013).

3.4 POSSÍVEIS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é considerado uma das principais causas de invalidez no mundo (WHO, 2008). As pessoas acometidas por AVC, em geral, apresentam alguma incapacidade funcional como seqüela: as atividades diárias podem encontrar dificuldades, dependendo da área afetada, do grau de lesão e da capacidade de recuperação do indivíduo; essas atividades podem ser temporárias ou permanentes (APARECIDA *et al.*, 2013).

Alterações discretas são manifestadas por 37% dos pacientes após AVC (não especificado), 16% apresentam moderada incapacidade e 32% demonstram alteração intensa ou grave da capacidade funcional e alguns dependem de cadeira de rodas ou ficam restritos ao leito e somente 15% dos pacientes não apresentam prejuízo da capacidade funcional (GILES; ROTHWELL, 2008).

O termo “incapacidade funcional” pode ser definido de acordo com a dificuldade do indivíduo ou a necessidade de auxílio necessária para realizar Atividades Básicas

da Vida Diária (ABVDs) ou mais complexas as quais são denominadas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) (ALVES; MACHADO, 2007).

O nível de incapacidade do paciente determina o grau de dependência (cognitiva e motora), o que leva a um declínio na qualidade de vida e afeta o cotidiano do paciente e de seus familiares (APARECIDA *et al.*, 2013; MAYOR, 2009).

Grande parte dos pacientes apresenta como sequelas a hemiplegia lado contralateral a lesão encefálica como disfunção motora, e perda ou redução da mobilidade e força de um lado do corpo (hemiplegia ou hemiparesia), paralisia facial e dos movimentos oculares e convulsões (GIRARDON-PERLINI *et al.*, 2007).

Também podem surgir alterações de sensibilidade, presença de espasticidade, perda dos padrões dos movimentos seletivos, perda de propriocepção, dificuldade em interpretar estímulos visuais, táteis e auditivos (SILVA, 2010) e alterações no equilíbrio e na marcha (TELES; GUSMÃO, 2012).

As alterações relacionadas ao campo cognitivo são: déficits na memória, de atenção, de raciocínio matemático-lógico e de leitura. Algumas pessoas podem sofrer mudanças comportamentais, como irritabilidade, falta de iniciativa, agitação, apatia, agressividade e desinibição. A depressão é o distúrbio emocional mais comum após o AVC e manifestam em três aspectos: emoção, somática e cognição (LEÃO, 2015).

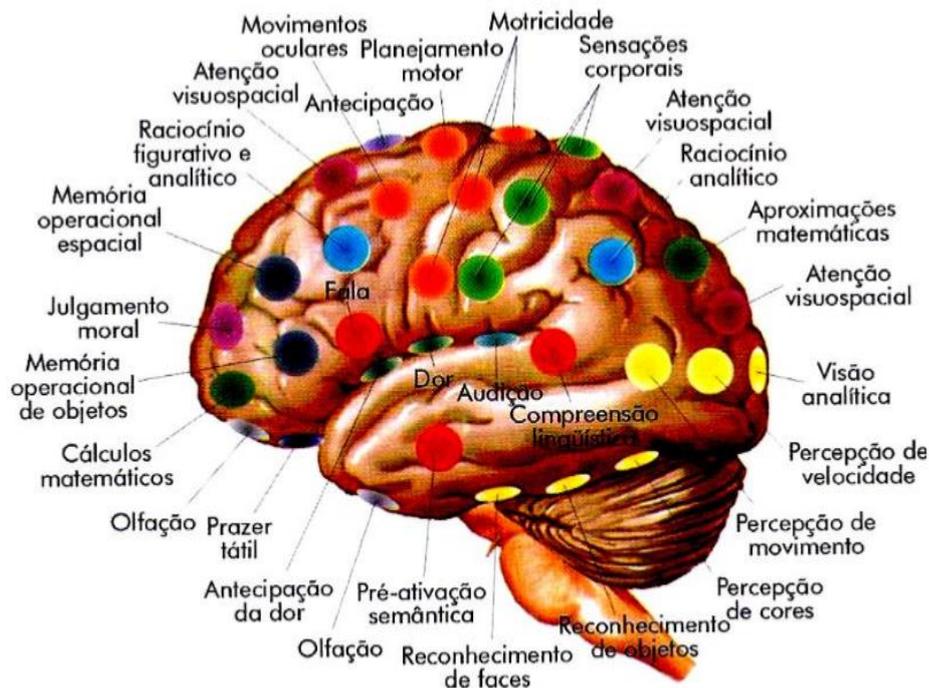
Com relação aos déficits de linguagem, Vulkovic e Vuksanovic (2008) citam as alterações relacionadas à fala e compreensão (afasia é dificuldade na expressão e compreensão; a disartria, está relacionado à dificuldade de expressão e articulação da fala; e a disfonia alteração ou enfraquecimento da fala); dificuldade em comer (disfagia), mastigar, engolir, tossir, engasgar, perda de alimento ou saliva pela boca.

O quesito emocional/afetivo inclui reações emocionais, isolamento social e tristeza. Os sintomas somáticos incluem fadiga, constipação, alterações no apetite (anorexia), alterações no ciclo circadiano e da libido. Além de desespero, pensamentos internos e inúteis, as queixas cognitivas são acompanhadas de alteração na concentração (SCHÄFER *et al.*, 2010).

Os comprometimentos indiretos são: tromboembolismo venoso, rachaduras na pele, diminuição da flexibilidade, subluxação e dor no ombro, distrofia reflexa simpática e descondicionamento (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2004).

A Figura 3 apresenta de forma esquemática áreas cerebrais e principais acometimentos causados pelo AVC.

Figura 3 – Fisiopatologia do AVC, Brasil, 2021.



Fonte: Lourenceti (2015).

Após AVC, quanto mais cedo os pacientes iniciarem a reabilitação melhor será o prognóstico. De modo típico, a melhora funcional é mais rápida, durante os primeiros meses após o AVC. A velocidade da recuperação inicial está relacionada à redução do edema cerebral, melhora do suprimento sanguíneo e remoção do tecido necrótico (PIASSAROLI *et al.*, 2010).

É de fundamental importância a investigação das características individuais dos pacientes que sofreram AVC. Os cuidados pautados na integralidade, onde acompanhamento pela equipe interprofissional trazem influências positivas na recuperação e desenvolvimento da funcionalidade (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016).

3.5 TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Para um melhor prognóstico, o atendimento do paciente com AVC deve ser sincronizado e ágil. O ganho de tempo é crucial para o tratamento, pois é uma emergência neurológica. Perda de tempo para a abordagem destes pacientes significa uma pior evolução (EINSTEIN, 2011).

Muitas vezes os pacientes vítimas de AVC ignoram seus sintomas e apenas metade deles usa serviços de emergência pré-hospitalares, o que atrasa o tempo para o primeiro tratamento médico, o que pode resultar em danos à saúde (NISHIMURA *et al.*, 2014).

Além disso, não é incomum, que quando o paciente chega em tempo oportuno, a maioria dos serviços apresentam dificuldade para reconhecer, diagnosticar e iniciar o tratamento adequado para o AVC (FARIA, 2018).

Segundo Gagliardi *et al.* (2001), o tratamento pode reduzir a chance de morte e incapacidade após um AVC, mas a dificuldade por parte dos pacientes, familiares e equipe de saúde, em reconhecer os sintomas de AVC, atrasa a procura de serviços de emergência adequados.

A verificação se o evento é recorrente ou primário, o tempo para a estabilidade clínica e o resultado de complicações relacionadas podem prever o prognóstico funcional do paciente (NICODEMOS, 2018).

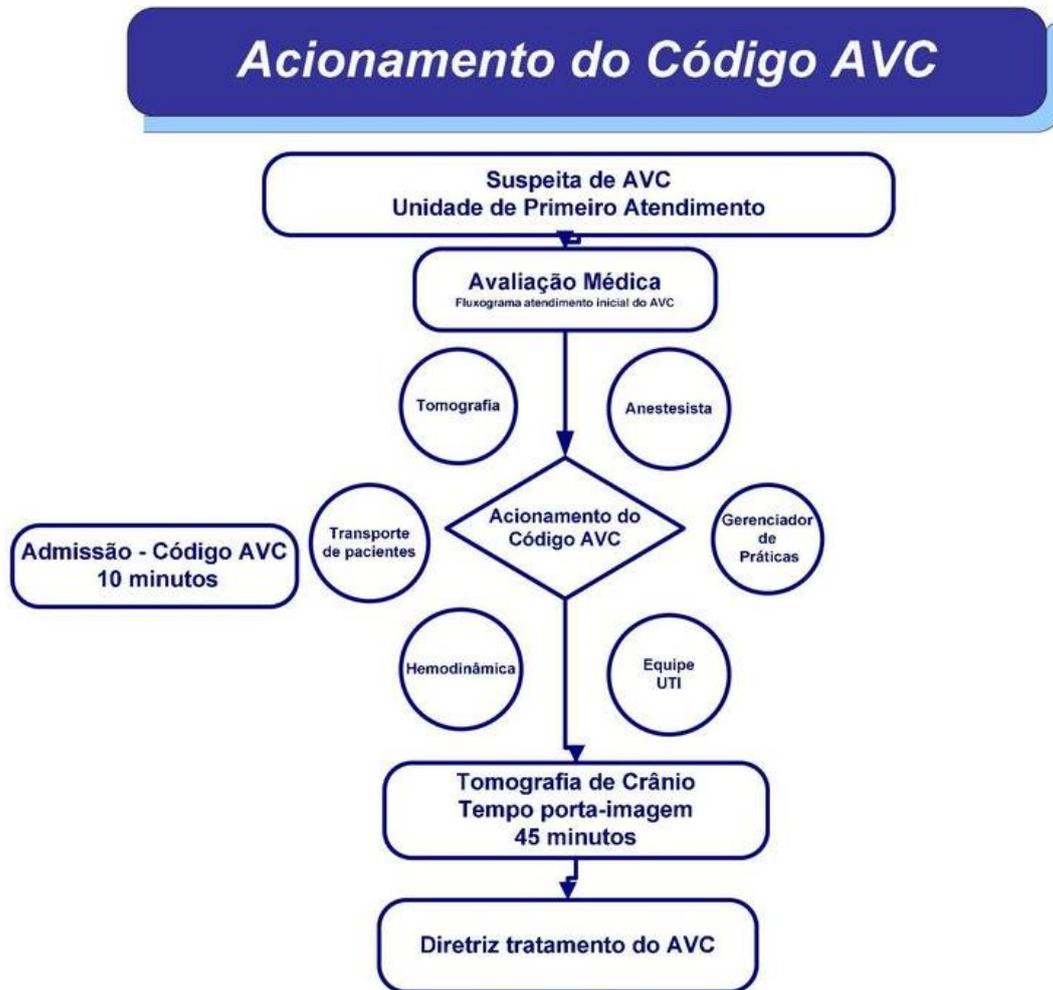
Estima-se que a taxa de mortalidade de pacientes vítimas de AVC no primeiro ano da doença é de 40%. Na fase aguda esse valor reduz para 10 a 15% dos casos, dos quais apenas 20% desses sobreviventes se recuperam totalmente e não apresentam nenhum tipo de sequela (CONITEC, 2016).

A informação mais importante da história clínica é o horário de início dos sintomas (é o momento que o paciente foi visto pela última vez em seu estado usual de saúde ou assintomático). Para pacientes incapazes de fornecer informações ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário de início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez (SAUDE, 2013).

Conseqüentemente, a demora na obtenção de exames de imagens, como tomografia computadorizada (TC), que deve ser feita na admissão e repetida em 24 ou 48 horas, caso o primeiro exame não tenha alterações ou a evolução seja insatisfatórias. Esse exame tem alta especificidade para diferenciar um AVC isquêmico de um hemorrágico (LUIZA; ROSA; SILVA, 2013).

Por isso, no intuito de agilizar o atendimento do paciente com AVC, foi instituído em muitos hospitais o “código AVC”, que visa “quebrar as paredes do hospital”, e, quando acionado, prioriza o atendimento de pacientes com AVC. Aciona-se em sequência: tomografia, transporte do paciente, hemodinâmica, a ressonância magnética, o anestesiolegista e a unidade de terapia intensiva (UTI) (GAGLIARDI, 2015), conforme elucidado na Figura 4.

Figura 4 – Esquema de ações necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI, Brasil, 2021.



Fonte: Hospital Israelita Albert Einstein (2011).

O Ministério da Saúde instituiu em 12 de abril de 2012 a Portaria nº 664 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas que prevê a Trombólise com o uso de trombolítico intravenoso (ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) no AVCerebral Isquêmico Agudo. Este deve ser indicado quando os sintomas se apresentam com 3 horas do *ictus* (momento do início dos sinais e sintomas e, é muito importante para a definição do tratamento), ou até 4hs e 30 minutos e o uso do trombolítico intra-arterial até 6 horas (MARTINS *et al.*, 2011).

Isso significa a possibilidade de recuperação do quadro neurológico com redução em 30% da morbidade. A utilização desse medicamento deve ser criteriosa, uma vez que expõe os pacientes a riscos de hemorragias (LUIZA; ROSA; SILVA, 2013).

Ainda existe o tratamento endovascular do AVC por meio da trombectomia mecânica, e é indicado para AVCI com trombos em artérias de maior calibre (NAKIRI, 2017).

Há três maneiras possíveis de o indivíduo com lesão cerebral poder recuperar as capacidades funcionais perdidas: recuperação espontânea, restituição da função ou compensação da função perdida (PAIS RIBEIRO, 2005).

A reabilitação é possível graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar. Sabe-se que as células de outras áreas do cérebro, que não foram afetadas pelo AVC, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afetada, a este fenómeno dá-se o nome de neuroplasticidade (CANCELA, 2008).

Para identificação do nível de acometimento destas funções é estritamente necessário que a avaliação da pessoa que sofreu um ou mais eventos de AVC seja feita por equipe multidisciplinar, e que os vários aspectos possivelmente comprometidos sejam abordados da forma mais sinérgica e completa possível (MELLO, 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 (SCALZO *et al.*, 2010).

É importante que seja feita avaliação por equipe qualificada, que contemple o caráter dinâmico do quadro e que forneça pistas para a tomada de decisão no sentido de favorecer a recuperação e também proporcionar compensações e funcionalidade (BRASIL, 2013).

3.6 UNIDADES DE TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Com o aprimoramento de toda a rede de atendimento no SUS, o governo federal busca aprimorar a qualidade das organizações de saúde. Nesse sentido, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi a primeira instituída, sendo umas das prioridades a implantação das linhas de cuidado do AVC por meio da Portaria n.º 665, de 12 de abril de 2012 (BVS, 2012).

Dentre os objetivos Linha do Cuidado do AVC, busca-se orientar os indivíduos sobre os principais sintomas, quando procurar um serviço de saúde e hábitos que podem ser adotados como prevenção (LUIZA *et al.*, 2013).

Ainda, a linha de cuidado traz padronizações das técnicas relativas à organização do atendimento no sistema de saúde. Descreve o caminho mais adequado que o paciente deve percorrer ou o encaminhamento pela rede de assistência que a equipe de saúde deve prescrever. O conteúdo tem informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde (BRASIL, 2019).

Assim, ao promover a integração de ações e serviços, caracterizada pela formação de relações horizontais desde a unidade de saúde na Atenção Primária até os serviços especializados, se fortalece a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2019).

Dentro da linha de cuidado ao AVC está prevista a atenção especializada de maior complexidade em UAVCs (LUIZA *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde, reconhece na Linha de Cuidado, a importância das Unidades de AVC, e a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), descreve e classifica as UAVC em três níveis, tipo I, II e III. Entende-se por UAVC tipo III aquelas que praticam o cuidado integral, multiprofissional com, no mínimo, 10 leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo AVC (isquêmico ou hemorrágico) até quinze dias da internação hospitalar. Esta unidade tem a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa; preparando o paciente e família para o retorno domiciliar (SBDCV, 2010). Conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 3 – Tipos e especificidades das UAVC em conformidade com a Portaria n.º 665/2012 do Ministério da Saúde, Brasil, 2021.

<p>UAVC Tipo I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizam-se procedimentos com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico. • Atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana; • Realizar tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia; • Equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); • Protocolos clínicos e assistenciais; • Cobertura de atendimento neurológico disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina); • Possuir UTI Tipo II ou III; • Serviço de laboratório clínico em tempo integral • Serviço de hemoterapia
<p>UAVC Tipo II</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir área física com no mínimo cinco leitos; • Atender o paciente com AVC agudo até 72 horas, permitir o uso do trombolítico endovenoso; • Proporcionar tratamento coordenado pelo neurologista; • Dispor dos seguintes exames: ECG, laboratório, serviço de radiologia e hemoterapia; • Exame de doppler das artérias; ecocardiografia e angiografia; • Angiotomografia, ressonância magnética. • Contar 24 horas por dia com responsável técnico neurologista com título de especialista, médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem para cada quatro leitos, suporte de fonoaudiologia e fisioterapia. • Um estetoscópio por leito, camas hospitalares com grades laterais, duas bombas de infusão por leito e reserva operacional; pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão para cada leito, materiais para aspiração e kits para atendimento de emergência com medicamentos e matérias; • Um desfibrilador e um aparelho de ECG por unidade, um aparelho para aferição de glicemia capilar, uma maca de transporte com grades laterais e cilindro de oxigênio para transporte, uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos, um monitor completo para cada leito

UAVC Tipo III	<ul style="list-style-type: none"> • Deverá seguir as exigências para Tipo I e Tipo II; • Dispor de, no mínimo, dez leitos para atendimento até quinze dias de internação hospitalar; • Atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos; • Ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, angioressonância; • Neuroradiologia intervencionista. • Aos recursos humanos acrescenta-se uma terapeuta ocupacional por seis horas ao dia; • Um assistente social por seis horas de segunda a sexta feira, suporte psicológico, nutricionista e farmacêutico na Instituição e um neurocirurgião por 24 horas
--------------------------	---

Fonte: Brasil (2012).

A diminuição da ocorrência de AVC pode se dar por melhorias na qualidade da prevenção primária e melhores condições sócio-econômicas e com campanhas governamentais para controle dos riscos. Pacientes com AVC que recebem assistência organizada ao AVC são mais propensos a sobreviverem, serem independentes e viverem em suas casas um ano após o AVC. Os benefícios foram mais evidentes em unidades de AVC (LANGHORNE; RAMACHANDRA, 2020).

A Portaria n.º 665/2012 do MS ainda prevê como atribuições das UAVC tipo III monitorar e registrar indicadores assistenciais e de processos referentes a: dados epidemiológicos, tempo de internamento, tratamentos realizados como profilaxia para trombose venosa e alta hospitalar: plano de terapia profilática e de reabilitação (BRASIL, 2012)

Visando o aprimoramento da Linha de Cuidados ao AVC, o MS lançou em 2019, consulta pública para conhecer a opinião das equipes que atuam nessa área e receber contribuições que auxiliem na construção da recém-criada Linha de Cuidado do Adulto com AVC. O documento é voltado para pacientes, profissionais de saúde e gestores do SUS e reúne todas as informações relacionadas à doença, e que poderão contribuir para melhorar a publicação (BRASIL, 2019).

Além da organização da Linha de Cuidados do AVC, a consulta pública, teve como resultado, a incorporação ao SUS da tromboectomia mecânica para pacientes atendidos em até oito horas após o início dos sintomas do AVC.

Por ser centro de referência, as UAVC tipo III contam com a mais complexa organização para atendimento ao AVC. Mourão *et al.* (2017) observaram menores taxas de complicações, tempo de internação e mortalidade no setor UAVC tipo III, visto que é um espaço no ambiente hospitalar estruturado com rotina específica de profissionais treinados para favorecer o tratamento e reabilitação, e consequentemente mudanças positivas nos possíveis comprometimentos neurológicos.

Outros dois estudos sobre UAVC no Brasil mostraram que os cuidados minimizam a maioria das complicações clínicas e agiliza a recuperação da capacidade funcional do paciente e a redução na taxa de mortalidade quando comparado a pacientes com AVC atendidos em hospital geral (CABRAL *et al.*, 2003; ROCHA *et al.*, 2013).

3.7 TRABALHO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM UAVC TIPO III PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM AVC

O trabalho em equipe é prática crescente no atendimento à saúde e demanda dos profissionais competências e habilidades para o trabalho em grupo. O trabalho em equipe pode ser interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, dependendo do tipo de interação entre os membros (TONETTO; GOMES, 2007).

Tonetto e Gomes (2007) ainda citam que o trabalho multidisciplinar ocorre quando diferentes profissionais atendem o mesmo paciente de maneira independente. Se caracteriza por interação de diversas áreas profissionais cuja relação é recíproca e necessita de flexibilidade na divisão de trabalho e autonomia técnica com interdependência (LIMA; MOURA; CAVALCANTE, 2017).

Neste contexto, a Portaria nº665/2012 do Ministério da Saúde prevê que as UAVC tipo III devem possuir dentre os recursos humanos: médico neurologista, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social além de suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico da instituição hospitalar (BRASIL, 2012). Estas equipes são denominadas multiprofissionais ou interdisciplinares de saúde, as quais atuam por vezes como equipes interprofissionais (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Segundo Saar e Trevizan (2007), a multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Erroneamente,

confunde-se com interdisciplinaridade. A primeira retrata uma justaposição de diversas disciplinas e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado; o processo terapêutico é fragmentado. A segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino.

Nestes termos, o trabalho em equipe interprofissional é uma estratégia que consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde (ARRUDA; MOREIRA, 2018). Ainda, pode diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais em razão da troca e compartilhamento (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016).

Dentre as práticas colaborativas da equipe interprofissional das UAVC está a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS). O PTS é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ação (BRASIL, 2013).

Da Silva *et al.* (2016) definem que o PTS trata-se de um movimento de produção e gerenciamento do cuidado entre os envolvidos. É uma ferramenta voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como a capacidade dos sujeitos de se protegerem de um agravo, constrangimento, doenças ou condições de risco, onde o processo da doença também envolve a relação entre elas.

Portanto, a construção do PTS é resultante da discussão coletiva da equipe multiprofissional como preconiza a Portaria n.º 3.390 de 30 de dezembro de 2013 do Ministério de Saúde em seus artigos:

Art. 5º XVII – Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnóstico e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos nos cuidados.

Art. 11 § 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnóstico e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

O PTS tem como objetivo a qualificação e quantificação das deficiências e incapacidades individuais do paciente acometido pelo AVC, a coordenação da equipe

interprofissional de reabilitação e o planejamento dos objetivos e estratégias ao longo de todo o processo reabilitacional (EINSTEIN, 2011).

A elaboração do PTS deve ser conduzida e orientada pelo relacionamento da tríade profissionais-pessoa-família, que poderá ajudar a consolidar a conexão e o compromisso entre eles. Deve levar em conta o quadro clínico e as atuais necessidades do paciente e de seus familiares e cuidadores. Serão estabelecidos objetivos e metas a serem atingidos, bem como os prazos necessários para tal (DA SILVA *et al.*, 2016).

Para um contexto mais global sobre o AVC e a reabilitação, é indispensável que se avalie o nível de independência funcional, pois as pessoas com alterações decorrentes de um AVC podem apresentar diversas limitações em consequência do evento. A recuperação é diferente em cada caso e os cuidados devem pautados na integralidade, visando trazer influências positivas na recuperação (MELLO, 2013).

Cada profissional, dentro de suas especificidades, porém de forma integrada, interprofissional, desde a fase aguda (na emergência), passando pelo internamento em UAVC e posteriormente em casa ou em clínicas de reabilitação, deve visar pontos fundamentais para o melhor prognóstico dos acometimentos causados pelo AVC (BRASIL, 2013).

Baseado no trabalho de forma interprofissional, pode-se destacar metas que são pertinentes à equipe interdisciplinar em todas as fases inter e extrahospitalar dos pacientes acometidos por AVC:

“Prevenção de complicações físicas ou cognitivas secundárias; Redução dos déficits sensoriais, motores e cognitivos; Compensação e adaptação às incapacidades físicas e cognitivas; Aquisição de novos engramas neuromotores (neuroplasticidade e reaprendizado); Aproveitamento máximo do potencial residual das funções corpóreas (treino e aperfeiçoamento); Reaprendizado, mudança e reformulação também na esfera social, comportamental, familiar, estudantil e profissional; e, independência e qualidade de vida para pacientes e familiares” (CECATTO; ALMEIDA, 2010, p.38).

A abordagem centrada no paciente está em constante evolução em diferentes sistemas e serviços de saúde em todo o mundo. A comunicação eficaz foi identificada como uma motivação, incentivo e apoio indispensáveis em todas as etapas da assistência em saúde, desde o diagnóstico até o tratamento e cobrindo os cuidados paliativos e de transição. Os profissionais de saúde devem estar preparados para

adaptar e incentivar esse novo modelo de relacionamento com os pacientes (ANS, 2018).

3.8 PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR E O CUIDADO

Durante a internação hospitalar, a equipe interprofissional é a responsável pelo cuidado. Entretanto, no retorno para casa é a família quem assume esse papel. Ocorrendo, assim, a transição do curar para o cuidar em casa. É nesse momento que a família enfrenta as mudanças, tanto na capacidade funcional, quanto na imagem corporal do sobrevivente após AVC, além de auxiliar na recuperação da doença e no apoio para o autocuidado (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Em virtude da necessidade de diminuir o tempo de internação, devido aos custos associados, a alta hospitalar precoce tem sido adotada como estratégia. Com base nesse exposto, a OMS destaca a importância do planejamento de alta hospitalar ao paciente como diretriz básica para transferência adequada de cuidados (BRASIL, 2013a).

A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado. Ocorre de maneira interprofissional, pois todos os membros da equipe que acompanharam o paciente durante a reabilitação realizam planejamento baseado no PTS (PINHEIRO, 2018).

A alta precoce visa beneficiar o paciente e exige que as orientações a ele e/ou seus cuidadores sejam baseadas em uma avaliação de suas necessidades, levando em consideração o contexto socioeconômico, as restrições físicas e psíquicas e o ambiente em que vive (PEREIRA; NETO, 2015).

O compartilhamento de decisões com os profissionais envolvidos no processo de alta hospitalar ocorre durante a internação. Os pacientes têm o direito de obter informações sobre sua saúde. Essa medida é propícia ao autocuidado e ajuda a controlar doenças crônicas (MELLO, 2013).

Portanto, quanto mais cedo começarem as orientações e o plano de alta, menor será a incidência de reinternação hospitalar, assim como o tempo de permanência e readmissões. A alta planejada pode não apenas melhorar significativamente a qualidade de vida do paciente, mas também alcançar com êxito a transição do cuidado (FOX *et al.*, 2013).

A “Política Nacional de Assistência Hospitalar” (PNHOSP), definida pela Portaria 3390/2013, descreve que a alta hospitalar responsável é entendida como a

transferência de cuidados e deve ser implementada de maneira a realizar o mecanismo de desospitalização, orientando os pacientes a continuar o tratamento, e incentivar o autocuidado, além de articular o processo de continuidade do cuidado com os pontos de atenção da Rede de Saúde, em especial com a atenção básica (BRASIL, 2013b).

A maioria dos pacientes com AVC ainda precisa de cuidados especiais após a alta, pois pode se tornar dependente para exercer atividades diárias como caminhar, tomar banho e comer (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012). Esses pacientes podem voltar para casa com sequelas emocionais e físicas, que afetarão não apenas o impacto social e econômico, mas também a independência e a autonomia (PEREIRA *et al.*, 2013).

O planejamento da alta é o principal desafio para a equipe de saúde, pois é necessário organizar a continuidade do atendimento domiciliar e do tratamento para evitar a reinternação. Cerca de 30 dias após a alta, em média 25% dos pacientes apresentam algum tipo de complicação e quase metade deles acabam reinternando (COLI; ZANI; LUTZ *et al.*, 2016). Essas reinternações por vezes, ocorrem em função do despreparo do cuidador na execução das atividades de assistência ao cuidado. (PEREIRA; NETO, 2015).

Durante o processo de planejamento, o paciente e/ou cuidador devem estar envolvidos para que ele possa fazer comentários que serão considerados no processo. Quando os indivíduos participam, é possível melhorar o gerenciamento de cuidados em casa e impedir que eventos adversos aconteçam (FOSS; ASKAUTRUD, 2010; LONGTIN *et al.*, 2010).

A falta de informações sobre a doença e os cuidados fundamentais que precisam ser prestados no domicílio, são citados como as principais dificuldades encontradas pelos cuidadores de indivíduos após o AVC (PAIVA; VALADARES, 2013; SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015). Pacientes e cuidadores têm necessidades educacionais sobre diversas questões específicas às fases de recuperação após um AVC (HAFSTEINSDÓTTIR *et al.*, 2011).

Cuidadores informais relatam falta de conhecimento sobre as causas e os efeitos do AVC. Além disso, há falta de capacidades práticas referentes ao cuidado, tais como: prevenção de úlceras por pressão e quedas, questões de mobilidade e transferência, banho, alimentação, vestir, despir, alimentar, hidratar, entre outras (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A educação em saúde é um processo que beneficia a equipe e os pacientes, pois auxilia no alívio de ansiedade e medos, no conhecimento sobre a doença e suas debilidades, promovendo a compreensão e a resposta ativa, acelera a recuperação da vida familiar e a retomada das atividades desenvolvidas anteriormente. Além de reduzir os custos de hospitalização, repercutindo na melhora da autoestima, melhora o efeito do tratamento e o desaparecimento dos sintomas, pela redução da dor imediata ou residual (CAMARGO *et al.*, 2016)

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

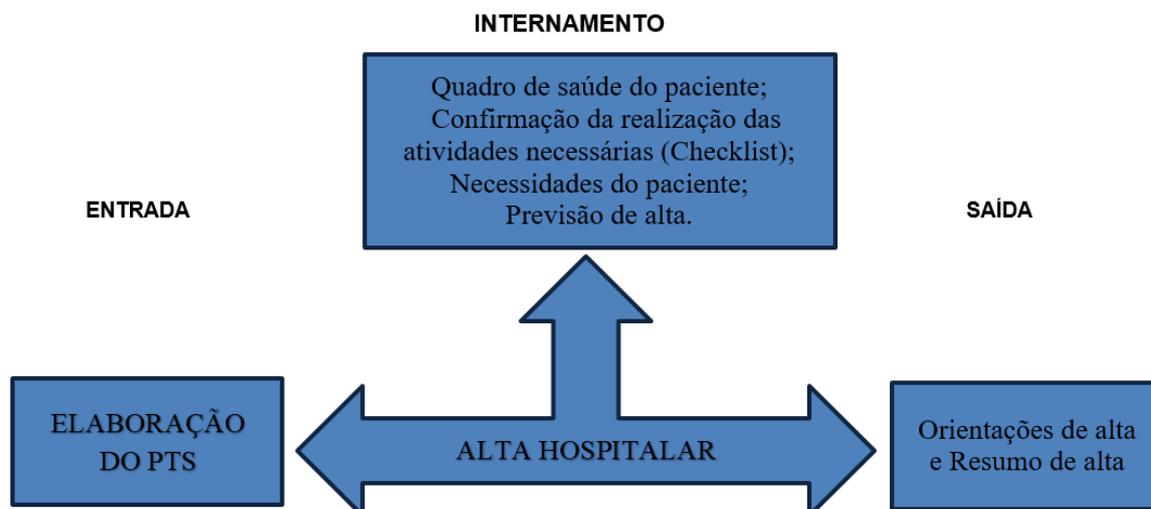
O processo de alta hospitalar deve ser analisado e organizado desde o primeiro dia de internação, e deve ser discutido e reavaliado diariamente pela equipe interprofissional (ARAÚJO, 2012).

A alta hospitalar, que deve incluir o desenvolvimento e a implantação de um plano para facilitar a transferência do doente para o ambiente familiar. Quanto mais complexo, mais debilitado e com mais comorbidades, logo maior a antecipação entre informar a alta e de fato sair do hospital (SOONG *et al.*, 2013).

Durante o período de internamento, visando a processo de alta qualificada, alta precoce e desospitalização com integralidade, a qualidade e segurança das ações realizadas pela equipe interprofissional deve haver uma transição reflexiva, onde alguns pontos importantes devem ser avaliados (PINHEIRO, 2018).

A Figura 5 representa organização das fases, a partir da transição reflexiva do processo de alta hospitalar e desospitalização:

Figura 5 – Organização da alta e desospitalização, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Baseado nos estudos de autores que abordam a reflexão sobre o papel da equipe interprofissional, o processo de alta hospitalar e tudo que a envolve, pode-se sugerir um *check list* com questões que servirão como guia, preconizando a comunicação clara entre os envolvidos na alta do paciente (ABRASHKIN *et al.*, 2012; CECATTO; ALMEIDA, 2010; EINSTEIN, 2011; HANSEN *et al.*, 2011; MORO, 2019; RACKOW, 2009; WERNER, 2017):

a) Planejamento de alta (durante a internação hospitalar):

- Data provável de alta deve ser atualizada diariamente;
- Houve reversão dos fatores que motivaram a internação?
- Quais os problemas ativos? Quais os planos de ação interprofissional?
- O paciente e seus familiares compreendem o que motivou a internação e as condições de saúde na alta?
- Foi criado o acompanhamento de plano terapêutico pós-hospitalar?
- Existe conhecimento acerca das limitações / restrições do pós-alta?
- O paciente e seus familiares foram avisados das necessidades de auxílio para locomoção, higiene e alimentação?
- Foi facilitado o acesso dos pacientes aos parceiros técnicos de órteses, cadeiras, recursos de tecnologia?

b) Orientações de alta (no dia da alta hospitalar):

- O paciente e sua família entenderam a doença, o motivo de internação e o diagnóstico e/ou tratamento realizado?
- Cientes das limitações e restrições pós-alta?
- Foram feitas ações educativas quanto as implicações da sua doença?
- Foram feitas ações educativas quanto a terapia da sua doença?
- Existem condições de realizar AVDs e dar continuidade ao tratamento domiciliar?
- Planejamento das necessidades pós-alta está descrito?
- Há necessidades de modificação ambiental?
- Passar as medicações gradualmente para uso oral em posologias compatíveis com a vida diária.
- Exames realizados entregues ao paciente?
- Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder?
- Há exames para serem feitos após a alta? Se sim, já foram marcados ou necessitam aguardar autorização?
- Está claro quais médicos deve manter acompanhamento ambulatorial?
- Foi fornecido um resumo de alta?
- As consultas “pós alta” estão agendadas?
- Foi fornecida prescrição com medicações para uso domiciliar? Deixando claro para o paciente caso alguma medicação tenha sido modificada.
- Alguma das medicações não está disponível em farmácias convencionais? Se não, há como disponibilizá-las na alta?
- Foram informados sinais de alarme para retorno ao hospital em caso de piora? Explicar o curso da doença em casa, antecipando circunstâncias e quando é motivo para entrar em contato com um médico.
- Todos os familiares estavam presentes? Evitando desentendimentos nas orientações.

Para prestar um atendimento adequado, qualificado e humanizado à pessoas que vivem situações dessa natureza, é importante conhecer seu ponto de vista, a forma como se veem, para, então, compreender e atender às suas necessidades discutindo e compartilhando as necessidades de adequação da família a essa nova realidade (FALCÃO; MAIA; CARVALHO, 2004). Uma técnica de comunicação eficaz

no processo de transição do paciente, é utilizado o método de repetição: explicar e pedir para o paciente ou familiar repetir a informação com suas próprias palavras.

Espera-se que o efetivo planejamento e comunicação do processo de alta hospitalar, realizado pelos profissionais da equipe interprofissional das unidades de atendimentos especializados em AVC, possibilite a esses profissionais, as habilidades necessárias para trabalhar efetivamente juntos e garantir uma atenção de alta qualidade e com segurança para os pacientes e familiares (BRASIL, 2013; DE ANDRADE *et al.*, 2009).

Pois, ao discutir o fator educacional e organizacional relacionado à percepção profissional acerca dos processos de alta hospitalar, depende-se que o entendimento é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz (REEVES, 2016; WEBER *et al.*, 2017).

A reflexão sobre a percepção do processo de alta hospitalar, pode estimular a análise de problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados ao processo de alta e, desta forma, estimular de qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (FRANCO *et al.*, 2017; GONZE, 2009).

3.9 A PANDEMIA POR COVID E O AVC

A partir do final de 2019, o mundo vem alterando sua rotina, com o início da pandemia por COVID – 19 (ou SARS-CoV-2: Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2).

O vírus pode desencadear diversos sintomas, sendo que alguns, podem ser associados com sintomas de outras patologias ou síndromes. O curso clínico do COVID-19 é mais grave em indivíduos com DCNT (GODOY; YAMANE, 2020).

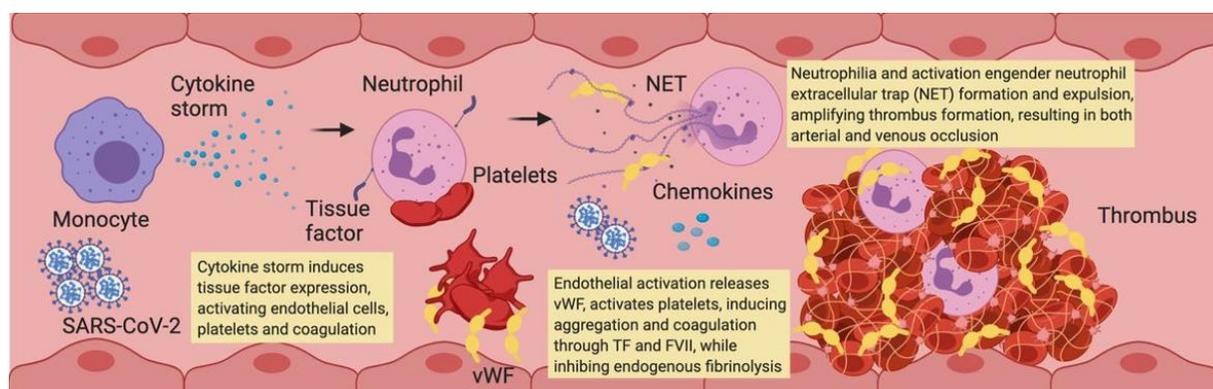
Pressupõe-se que o mecanismo de ocorrência do AVC, causado pelo COVID-19, pode ser explicado através da interação entre os fatores de risco convencionais de AVC, infecção, resposta inflamatória sistêmica e desestabilização da placa. Marcadores inflamatórios, elevação do dímero D e aumento da atividade das citocinas foram observados em pacientes com COVID-19 (BHATIA; SRIVASTAVA, 2020).

Os mecanismos envolvidos no processo de trombogêneses podem ser resumidos em ativação da enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) e lesão de células endoteliais, “tempestade de citocinas”, imunotrombose (pelos linfócitos ou neutrófilos)

ou até mesmo pela eventual formação de anticorpos antifosfolídeos (SAF) (ASSAD, 2020).

Segundo Lindsberg e Grau (2003), a inflamação sistêmica pode causar danos ao tecido ou à parede vascular, pois há ativação de leucócitos, e predispõem a vasculatura cerebral à trombogênese na estimulação inflamatória. O acúmulo de células inflamatórias, principalmente monócitos/macrófagos, dentro da parede vascular começa precocemente durante a aterogênese, sua ativação pode levar à ruptura da placa e formação de trombo, desestabilização da placa aumentando o risco de AVC, conforme explicado na Figura 6:

Figura 6 – Mecanismos potenciais de Acidente Vascular Cerebral em COVID-19, Brasil, 2021.



Fonte: Zakeri; Jadhav; Sullenger; Nimjee (2021).

Outros prováveis fatores que podem contribuir para a formação de trombos são: lesão cardíaca levando a embolia, um estado pró-trombótico e uma possibilidade de potencial neuroinvasivo direto causando vasculopatia (BHATIA; SRIVASTAVA, 2020).

Pacientes com AVCi e infecção por COVID-19 têm acidentes vasculares cerebrais mais graves e uma mortalidade mais alta do que pacientes com AVC sem infecção por COVID-19 (MARTÍ-FABREGAS *et al.*, 2021).

A piora dos hábitos de risco para DCNT, estimulados pela necessidade de isolamento associado ao medo de contaminação em órgãos públicos, pode levar ao aumento do risco para AVC. Durante a pandemia por COVID-19, os sintomas de AVC e de outras doenças graves, vem sendo negligenciados, e o número de atendimentos de pacientes com sintomas de AVC, sofreu uma queda global de atendimentos de até 60% (WHO, 2020).

Novos protocolos de manejo da doença já estão em prática nos hospitais privados e da rede pública do Brasil, como por exemplo: plataformas que permitem o

atendimento online baseado na telemedicina (isso evita que pessoas que não estejam acometidas pela COVID-19 frequentem unidades de saúde e corram o risco de se infectar) e uso de anticoagulantes para tratamento das complicações e desencadeamento de AVC pelo vírus Sars-CoV-2 (ANS, 2020).

Novas rotinas tiveram que ser organizadas para a assistência de pacientes nas UAVC e para pacientes com sintomas de AVC E COVID-19. Em 2020, o Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia, SBDCV e da Sociedade Brasileira de Neurorradiologia (2020), organizaram organogramas específicos com recomendações no manejo de pacientes com sintomas de AVC e COVID, incluindo:

- Como relato de sintomas pode ser dificultada devido aos sintomas de AVC (afasia, disartria grave e diminuição do nível de consciência), e seus familiares podem não estar presentes, devem ser usadas todas as fontes disponíveis de informação (inclusive contato telefônico);
- Alocação de pacientes no hospital: Pacientes confirmados ou com suspeita de COVID-19 devem ser transferidos para uma Unidade de COVID; indivíduos com baixo risco de COVID devem ser transferidos para a unidade de AVC ou UTI (seguindo as diretrizes institucionais).

A OPAS (2020) organiza, através de orientações operacional para os níveis fundamentais de saúde, que: a nível da unidade de saúde ou da rede de AVC, monitorar os índices de sobrevida, a recuperação funcional dos pacientes e as variações nos serviços e intervenções de AVC; ajustar as vias e melhorar o atendimento, conforme necessário; revisar os regulamentos e protocolos de comunicação com o paciente e seus familiares e verificar se incluem, por exemplo, telefonemas, mensagens de texto SMS e vídeo chamadas.

Como nova alternativa de comunicação, a LAB AVC UFRJ (2020) elaborou um *e-book* com orientações de exercícios domiciliares para pacientes, acometidos por AVC em isolamento protetor devido á pandemia causada por COVID-19, destinado a familiares, cuidadores, amigos, profissionais ou qualquer pessoa que se disponha a prestar cuidados em saúde a pacientes com limitações físicas decorrentes de um AVC.

Acerca das novas orientações de rotinas e prioridades em relação aos atendimentos na pandemia por COVID-19, OPAS (2020) destaca:

“À medida que o surto é controlado e as medidas restritivas de saúde pública são gradualmente amenizadas, algumas adaptações na prestação de serviços podem precisar ser revertidas, outras podem continuar por um tempo limitado e outras que forem consideradas efetivas, seguras e benéficas podem ser incorporadas na prática pós-pandêmica de rotina”

3.10 A PERCEPÇÃO

O dicionário Michaelis (2021) define a percepção como:

“Ato ou efeito de perceber; Capacidade de distinguir por meio dos sentidos ou da mente; inteligência; Representação mental das coisas; Qualquer sensação física manifestada através da experiência...”

Percepção “é o processo pelo qual um indivíduo seleciona, organiza e interpreta a informação que recebe do ambiente” (SHETH *et al*, 2001, p. 286).

Para uma percepção de comunicação efetiva e eficaz, seu entendimento ocorre através dos órgãos dos sentidos, acrescidos de associações individuais que produzem significados para quem percebe. Essas associações e significados dependem diretamente do repertório de conhecimento individual, entendendo por isso, experiências vividas, crenças, valores, expectativas, enfim, sentimentos e pensamentos em que se envolve o indivíduo que está percebendo (SILVA, 2007)

Para uma percepção positiva à assistência à saúde é necessário participação de uma equipe interprofissional, através de um trabalho coletivo que se configure na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, pois nenhuma categoria profissional consegue contemplar por si só, a totalidade humana na vivência do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2001; BARRA *et al.*, 2006).

A reflexão sobre seus valores, reconhecimento como ser humano e como profissional/cuidador através do comprometimento emocional, coerência e credibilidade, propicia comunicação efetiva com pacientes e familiares, para que consiga perceber e identificar necessidades dos mesmos (NIEWEGLOWSKI, MORE, 2008).

Esta foi a base teórica que fundamentou a presente dissertação e no capítulo a seguir será apresentada a metodologia do estudo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Minayo (1993) afirma que pesquisa é o fenômeno de aproximações sucessivas da realidade, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. Neste capítulo apresentam-se as etapas desenvolvidas no transcorrer da pesquisa, objetivando responder à questão norteadora da mesma.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Em razão dos objetivos propostos, o enfoque metodológico utilizado da pesquisa se caracterizou como método misto com a coleta de dados quantitativos e qualitativo. O estudo se caracteriza ainda como descritivo e transversal, desenvolvido com aplicação da técnica *snowball* ou *snowball sampling* (“Bola de Neve”), onde os participantes (membros da equipe interprofissional das UAVC tipo III) foram convidados a responder ao questionário *online* via *google forms*.

Para Aliaga e Gunderson (2002), pode-se entender a pesquisa quantitativa como explicação de fenômenos por meio da coleta de dados numéricos que serão analisados através de métodos matemáticos (em particular, os estatísticos). Observa-se então, que esse tipo de pesquisa busca precisão de resultados, a fim de evitar equívocos na análise e interpretação dos dados, gerando maior segurança em relação às inferências obtidas. Sua aplicação é frequente em estudos descritivos.

Minayo (1994, p. 21-22), define a importância da pesquisa qualitativa:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Métodos mistos, segundo Creswell e Plano Clark (2011), podem ser definidos como um procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. Segundo os autores, esta abordagem amplia as possibilidades de análise. O estudo descritivo visa primordialmente descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre as variáveis de interesse (GIL, 2002; RICHARDSON, 2008).

Estudos transversais, são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (HOCKMAN, *et al*, 2005)

Ainda segundo Gil (2002), para viabilizar a execução da pesquisa, o levantamento técnico envolve a interrogação direta das pessoas, cuja percepção se deseja conhecer. Procede-se a solicitação de informações a um grupo de pessoas acerca do problema estudado para, mediante análise das respostas por meio de tabulação e interpretação, obter conclusões correspondentes aos dados coletados.

A partir destes pressupostos metodológicos, os participantes foram acessados, através da técnica metodológica *snowball* (“Bola de Neve”), também conhecida como *snowball sampling* – ou cadeia de informantes. Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes - uma espécie de rede que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Utilizando esse método de pesquisa, o primeiro participante indica o seguinte e assim sucessivamente, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos pelo pesquisador (MARTINS, 2011). Assim, a seleção de sujeitos para identificar e mapear participantes da pesquisa “informantes-chaves”, que detenham muitas informações sobre o tema em investigação, possibilita o acesso dos pesquisadores à população que se pretende investigar (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

4.2 PERSPECTIVA DE PESQUISA E POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO

O estudo proposto buscou caracterizar, a partir de uma perspectiva interprofissional, a percepção de profissionais que fazem parte do processo de alta em UAVC tipo III em hospitais do Brasil.

A interprofissionalidade em saúde origina-se da interação entre educação e processo de trabalho (BRANDÃO; ALMEIDA; ARAUJO, 2016). Esta interação entre as concepções de educação e trabalho pela equipe possibilita visualizar o escopo da abordagem beira leito, em ambiente hospitalar (HUGH; BARR, 2013).

Ou seja, integrantes de diferentes profissões aprendem com competências complementares em práticas colaborativas visando objetivos comuns, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado (HUGH; BARR, 2013).

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa ocorreu em ambiente virtual, com o compartilhamento de formulário *online* (*google forms*), contendo o *link* da pesquisa, enviado por *e-mail*, mensagens pelos aplicativos *Instagram*, *Whatsapp* e *Messenger*, além de contatos telefônicos com alguns informantes-chave.

Os dados foram registrados, no instrumento disponibilizado por meio de ferramenta eletrônica de respostas *Google Forms* pelos próprios participantes do estudo, de modo individual, anônima, voluntaria, em local de sua preferência, conforme sua disponibilidade de horários.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com profissionais da equipe interprofissional em Unidades de AVC Tipo III do Brasil. Segundo a Rede Brasil AVC (2021), o Brasil possui atualmente, mais de 30 unidades de AVC tipo III, nos mais diversos estados.

A população do estudo foi constituída por 41 profissionais da equipe interprofissional em UAVC tipo III.

Optou-se pela seleção por conveniência/intencional destes profissionais, em razão das UAVC tipo III serem unidades especializada e contemplarem o maior número de profissionais da equipe interprofissional com expertise no assunto, que prestam atendimento e orientações aos pacientes/familiares/cuidadores acometidos por AVC.

Estes profissionais são protagonistas nas UAVC tipo III, do processo de desospitalização e orientações de alta, e, através de suas diversas vivências, atribuem significados e percepções múltiplas sobre tais experiências de atender e orientar (LAUERMANN, 2009).

4.4.1 Critérios de Inclusão dos participantes

- Profissionais que integram a equipe interprofissional das UAVC no momento da coleta de dados;
- Que participem do processo de alta hospitalar;
- Que tenham formação superior em cursos da área da saúde ou humanas;

- Que aceitaram em participar do estudo de forma voluntária com o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (de forma *online*).

4.4.2 Critérios de Exclusão dos Participantes

- Profissionais das UAVC tipo III que respondam ao questionário de forma incompleta.
- Profissionais das UAVC tipo III que não realizam orientações de alta hospitalar ou que estejam afastados ou em licença no período da coleta de dados.

4.5 ETAPAS DO ESTUDO

A pesquisa, por envolver seres humanos, foi submetida apreciação à Plataforma Brasil para avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) e somente deu início a pesquisa após aprovada pelo Parecer n.º 4.811.517 e CAAE 48473521.9.0000.5368, conforme Anexo 1.

4.5.1 Primeira etapa - Procedimentos de contato com os participantes

Nesta etapa foram elegíveis os profissionais de UAVC tipo III brasileiras, conforme critérios de seleção já descritos.

O contato inicial com os participantes ocorreu via mensagens individuais contendo o *link* da pesquisa através dos aplicativos *Instagram*, *Whatsapp* e *Messenger*, além de contatos telefônicos com alguns informantes-chave.

Juntamente com *link* do questionário *online* (*google forms*) estava anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndices 1 e 2), com os objetivos da pesquisa, de modo a orientar e obter a anuência ao prosseguimento do estudo. Os dados foram registrados pelos próprios participantes do estudo, de modo individual.

4.5.2 Segunda Etapa - Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados

O Instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora com base na vivência clínica, perfil da unidade AVC da pesquisadora e no Manual de Rotinas para Atenção ao AVC do Ministério da Saúde (MS, 2013).

O instrumento era composto de 3 seções (Apêndice 3). Na primeira seção estava o TCLE, na segunda os dados sociodemográficos (questões 1-7) e na seção 3, questões relativas ao processo de alta hospitalar (questões 8 a 36). Havia questões, fechadas, de escolha simples ou múltipla escolha e questões abertas.

O roteiro com perguntas abertas, é indicado para estudar um fenômeno com uma população específica. Exige flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao pesquisado, podendo realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno estudado (MANZINI, 2012).

4.6 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados quantitativos da pesquisa foram analisados por meio da estatística descritiva com uso do *Software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 22.0 para Windows.

O *SPSS* pode ser utilizado para estudar abordagem quantitativa com vistas ao estabelecimento de padrões e tendências de comportamento amostral relacionadas a uma população específica (MEIRELLES, 2014).

Segundo Ferreira (2005), a estatística descritiva tem como objetivo a descrição dos dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população. Pode incluir: verificação da representatividade ou da falta de dados; ordenação dos dados; compilação dos dados em tabela; criação de gráficos com os dados; calcular médias e obter relações funcionais entre variáveis.

Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo seguindo os passos propostos por Minayo (1998):

a) Fase exploratória do material: na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; que consistem na operacionalização dos dados, iniciando-se primeiramente com a ordenação dos dados mapeados no trabalho de

campo, isto é, na transcrição das falas (neste caso dos textos), na releitura e na organização do material;

b) Fase de coleta de dados: em que se recolhem informações que respondam ao problema; e na classificação dos dados após a leitura repetida e exaustiva dos textos transcritos, no estabelecimento de interrogações para identificar o que surge de relevante e na organização das categorias específicas;

c) Fase de análise final de dados: na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, dos dados coletados. Estabelecer-se-á articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos do estudo, respondendo-se às questões de pesquisa e aos objetivos, que nortearão a interpretação dos resultados.

Nesta etapa, visando manter o sigilo dos profissionais participantes da pesquisa, as respostas abertas descritas nos formulários foram identificadas com a letra *P* de *profissional* (*P1*, *P2*, *P3* e assim sucessivamente), conforme ordem de resposta na pesquisa.

A saturação teórica ocorre quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (RHIRY-CHERQUES, 2009).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo da dissertação serão apresentados os resultados e discussão dos dados analisados.

Ao final da coleta obteve-se uma amostra de 41 profissionais que compuseram a amostra final estudo, todos responderam ao instrumento proposto em sua totalidade (100%).

A análise dos dados foi iniciada com a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes. Estes se caracterizam por ser na sua maioria do gênero feminino (63,4%), profissionais médicos (56,1%), especialistas (95,1%), embora a maioria não tenha especialização em AVC (58,5%), com idades entre 24 e 60 anos (média de idade $38 \pm 31,81$ anos). Quanto ao tempo de formação este variou entre 1 a 40 anos, com média de $11,85 \pm 27,57$ anos, com tempo de atuação em UAVC de cerca de 2 anos, conforme elucida Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Análise descritiva do perfil sociodemográfico de profissionais de UAVC tipo III de instituições hospitalares brasileiras, Brasil, 2021.

Variáveis	n = 41	%
GÊNERO		
Feminino	26	63,4
Masculino	15	3,6
PROFISSÃO		
Fonoaudiólogo (a)	4	9,8
Médico (a)	23	56,1
Enfermeiro (a)	8	19,5
Psicólogo (a)	1	2,4
Terapeuta Ocupacional	2	4,9
Fisioterapeuta	3	7,3
NÍVEL FORMAÇÃO		
Graduação	2	4,9
Especialização	25	61,0
Mestrado	8	19,5
Doutorado	6	14,6
TEMPO ATUAÇÃO EM UAVC		
0 a 2 anos	17	41,5
2 a 4 anos	12	29,3
Mais de 4 anos	12	29,3
POSSUI ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE AVC		
(n= 39)		
Sim	15	41,5
Não	24	58,5

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Referente ao perfil sociodemográfico dos profissionais da amostra da pesquisa, a prevalência do gênero feminino, esse dado pode ser explicado em âmbito mundial, cerca de 70% das equipes de trabalho em saúde e serviço social são compostas por profissionais do sexo feminino, incluindo, além de médicas, enfermeiras, parteiras e trabalhadoras de saúde da comunidade segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2020). O Brasil segue o padrão mundial. Estimativas do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2020) com base em dados do IBGE, indicam que mulheres representam 65% dos mais de seis milhões de profissionais atuantes no setor público e privado de saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência.

A predominância de profissionais médicos pode ser justificada por estes serem os coordenadores da equipe interprofissional, e informantes-chaves da pesquisa pelo método *snowball sampling*, com os quais foi feito o contato solicitando a colaboração com o estudo.

No que se refere ao nível de formação dos profissionais, Neves *et al.* (2004) também encontraram em seu estudo na maioria profissionais pós-graduados e com formação não específica em AVC (neurologia). Os autores destacam que esta falta de formação específica pode interferir na assistência aos pacientes com AVC (NEVES *et al.*, 2004).

Em relação ao tempo de experiência clínica/prática, 24 participantes da pesquisa (58,6%) atuam há mais de 2 anos de UAVC tipo III. Esse dado pode ser justificado por ser relativamente nova a organização da atenção especializada das UAVC tipo III, conforme a Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 (BRASIL, 2012).

Dentre os profissionais envolvidos diretamente no processo de alta hospitalar, os mais citados, conforme conhecimento das equipes, foram: os enfermeiros aparecem em 41 (100%) das participações, seguido dos médicos 39 (95,1%) e fisioterapeutas com 36 (87,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Profissionais das UAVCs tipo III envolvidos no processo de orientação e alta hospitalar de pacientes com AVC, Brasil, 2021.

Questões (múltipla escolha)	Total de resposta n	%
Assistente Social	22	53,7
Enfermeiro (a)	41	100,0
Farmacêutico (a)	6	14,6
Fisioterapeuta	36	87,8
Fonoaudiólogo (a)	29	70,7
Médico (a)	39	95,1
Nutricionista	34	82,9
Dentista	2	4,9
Terapeuta Ocupacional	20	48,8

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Esse dado pode ser compreendido por Dusek *et al.* (2015), que destacam o papel do enfermeiro (a) na transição do cuidado, pois este atua na assistência direta ao paciente, possuindo conhecimentos clínicos e gerenciais necessários para realizar transições de forma adequada, ordenada, eficiente e eficaz.

Conectados a esse pensamento, Burke *et al.* (2013) discorrem que a coordenação da transição do cuidado deve ser realizada pelo profissional que está em maior contato com o paciente/família na unidade hospitalar, pois ao acompanhar, avaliando seus aspectos globais, é facilitador da educação necessária para o autocuidado enquanto o paciente está internado.

Referente as questões sobre a importância da orientação no processo de alta hospitalar, todos os participantes (100%) consideram a orientação função primordial para alta hospitalar. A reflexão sobre a percepção do processo de alta hospitalar pode estimular a análise de problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados ao processo de alta e, desta forma, estimular a qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (FRANCO *et al.*, 2017; GONZE, 2009).

Em relação à interação entre os profissionais da equipe interprofissional no processo de alta hospitalar, os participantes consideram que as orientações e metas na maioria das vezes são parcialmente elaboradas de forma colaborativa entre os membros da equipe (Tabela 5).

Alguns autores descrevem esta dificuldade como inerente as equipes multiprofissionais (TOGNOLA, 1996), já que muitos profissionais parecem ignorar ou não aceitar as particularidades de atuação dos demais colegas (NEVES *et al.*, 2004).

Em amplitude maior que a multiprofissionalidade, Arruda e Moreira (2018) definem o trabalho interprofissional como estratégia que consiste no processo de

convivência no espaço comum entre diferentes profissões, com clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas visando aprimoramento do cuidado em saúde.

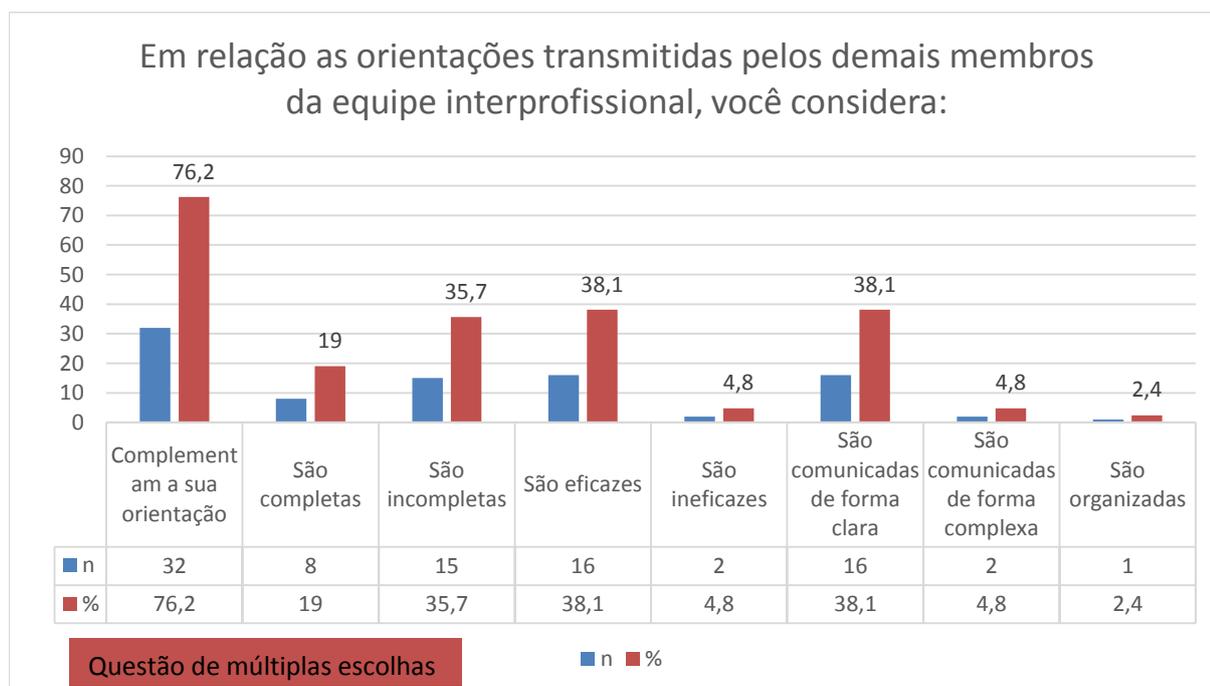
Tabela 5 – Percepção da equipe interprofissional em relação a prática colaborativa para o estabelecimento de metas e orientações, Brasil, 2021.

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Integralmente	11	26,8
Parcialmente	27	65,9
Não são elaborados de forma colaborativa	2	4,9
Não sei/ não tenho certeza	1	2,4

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Em relação as orientações transmitidas pelos demais membros da equipe interprofissional, os participantes consideram que: complementam sua orientação (76,2%) e são eficazes e comunicadas de forma clara (38,1%). Entretanto, outros participantes consideram que as orientações emitidas são incompletas 15 (35,7%), ineficazes e transmitidas de forma complexa pelos demais membros da equipe outros 2 (4,8%) conforme elucidada o Gráfico 1.

Gráfico 3 – Percepção das orientações de alta pelos demais membros da equipe interprofissional, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Os dados acima reforçam que a troca de saberes entre as equipes interprofissionais e a elaboração pela equipe do PTS, favorecem a compreensão das diversas interfaces do AVC, além de ajudar na afirmação da relevância em trabalhar em equipes inter e não multidisciplinares (NEVES *et al.*, 2004).

A base do conceito de integralidade e continuidade da assistência, prevenção, recuperação, pesquisa e educação em saúde que as UAVCs preconizam, se dá pela consonância da equipe interprofissional, com a multiplicação de experiências individuais onde se identificam avanços na configuração das práticas em direção à integralidade (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Ainda neste íterim, pelos relatos de alguns participantes, constata-se que as orientações são parcialmente elaboradas entre a equipe e consideradas incompletas, dificultadas pelo tempo reduzido para elaboração dos protocolos (planejar e orientar), sobrecarga no trabalho, e, pela falta de padronização e educação na prática de comunicação de alta a pacientes/cuidadores.

Moro (2019), salienta que é necessária ênfase na reflexão sobre a construção de protocolos para a alta hospitalar de pessoas que foram acometidas por AVC. Podendo com isso, diminuir a sobrecarga de trabalho dos profissionais através da troca e compartilhamento de saberes (ROCHA; BARRETO; MOREIRA, 2016). Para Lemos (2016), tal essa condição pode ser modificada através da educação permanente, a qual propicia que as lacunas no conhecimento dos trabalhadores da saúde sejam identificadas, possibilitando a promoção de ações educativas *in loco*, relacionadas ao processo de cuidado.

Quando perguntados sobre as orientações no processo de alta, os respondentes indicaram que estas são realizadas beira-leito do paciente em 95,1% (39) e ocorrem principalmente, desde a admissão 21 (51,2%) e na alta hospitalar 20 (48,8%), conforme demonstra a Tabela 6.

Estes resultados corroboram com o disposto por Mello (2013), o qual destaca que as orientações e planejamentos do processo de alta hospitalar deve ocorrer o mais precoce possível, durante o período de internamento.

Ao analisar a frequência que os profissionais fazem as orientações, considerando os indicadores “frequente, muito frequente e sempre”, observa-se que 83% da amostra compreende esses estratos, sendo estas orientações realizadas principalmente beira-leito. Esse dado justifica-se pela relevância apontada por todos

os profissionais participantes da pesquisa que consideram a orientação como primordial para a alta hospitalar.

Tabela 6 – Informações sobre o processo de alta hospitalar, Brasil, 2021.

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Em relação ao processo de alta, em que momento as orientações ocorrem? (múltipla escolha)		
Desde admissão	21	51,2
Somente durante o internamento	5	12,2
Durante a visita	14	34,1
No momento da alta hospitalar	20	48,8
Com que frequência você realiza as orientações de alta?		
Sempre	13	31,7
Muito frequente	10	24,4
Frequente	11	26,8
Pouco frequente	4	9,8
Não realizo	3	7,3
Em que ambiente são realizadas essas orientações? (múltipla escolha)		
Beira leito	39	95,1
Salas individuais com familiares/cuidadores	6	14,6
Telefone	2	4,9
Vídeo chamada	1	2,4
Por prontuário eletrônico e e-mail para UBS	1	2,4
Essas orientações são baseadas: (múltipla escolha)		
Cartilhas da própria UAVC	31	75,6
Manual de Rotinas Ministério as Saúde	12	29,3
Cartilhas, panfletos de outras UAVC	3	7,3
A partir da sua prática clínica	23	56,1
Não sei, não tenho certeza	2	4,9

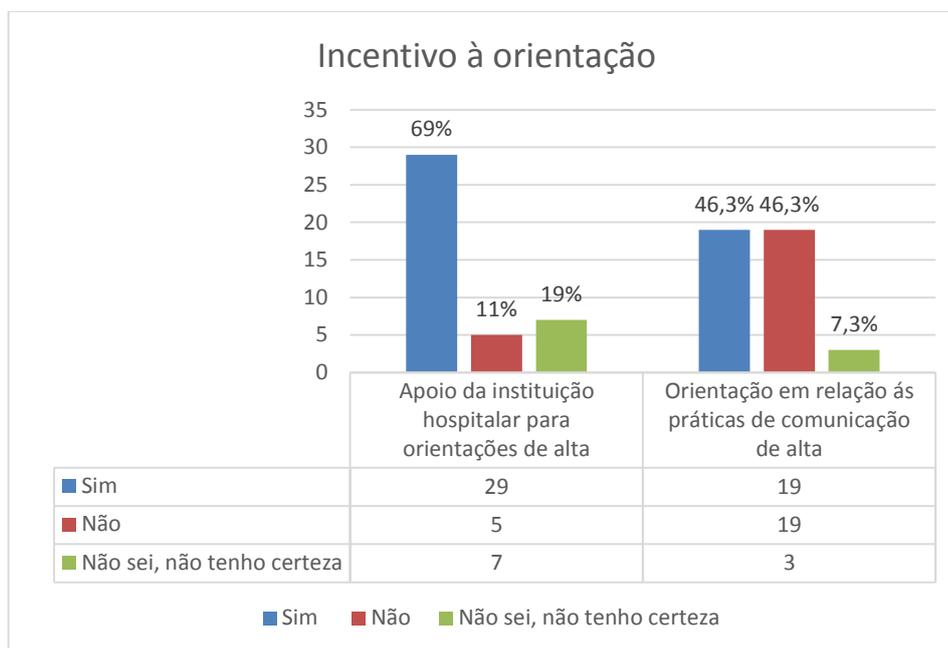
Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Continuando a análise da Tabela 6, os participantes relatam que suas orientações são baseadas em cartilhas elaboradas pelas próprias UAVC (75,6%), na prática clínica (56,1%), e no manual de rotinas do MS (29,3%). Neves *et al.* (2004), reportam que a minoria cita a utilização de alguns manuais, apostilas ou guias não sistematizados para orientar suas condutas, podendo, muitas vezes confrontar e divergir das informações científicas de maior validade disponíveis na literatura.

Ainda neste tema, o mesmo autor cita que a busca das melhores evidências disponíveis, integrada à experiência clínica, tem sido sugerida como a estratégia ideal e mais segura para a tomada de decisão em saúde (NEVES *et al.*, 2004). Conduta esta considerada prática baseada em evidências (SACKETT *et al.*, 2000).

O Gráfico 4 apresenta o resultado do questionamento acerca do incentivo às orientações por parte das instituições hospitalares dos participantes, sendo que segundo estes, a maioria das instituições hospitalares oferece apoio para realizar as orientações de alta (69%).

Gráfico 4 – Incentivo às orientações de alta, por parte das instituições hospitalares das UAVC dos participantes, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Para Fernandes (2002) é função essencial do hospital a recuperação da saúde desde a admissão do paciente até sua alta.

Segundo Castro (2002) a instituição hospitalar deve atuar na promoção de programas de saúde através da execução de programas preventivos e de promoção da saúde.

De acordo com Ribeiro (1993, p. 30) o hospital contemporâneo possui muitas missões, além dos cuidados aos pacientes, têm como missão: formar e qualificar profissionais, promovendo a força de trabalho.

Porém, apenas 11% dos participantes, assinalam não ter apoio da instituição hospitalar relatando como causa:

(...) Realizada proposta de elaboração de uma cartilha porém instituição relata não poder dar apoio financeiro (P12).

(...) Falta de entendimento importância por parte da instituição (P32).

(...) Não recebi nenhuma orientação ou treinamento ou apoio do hospital (P35).

Tal dado pode ser justificado, pois em âmbito nacional, existem poucas propostas institucionais com enfoque na transição do cuidado (MENDES, 2012).

Mesmo com as cartilhas disponíveis de forma *online*, como o Manual de Rotinas para Atenção ao AVC (MS, 2013), nem todas as instituições dispõem/disponibilizam verbas para a impressão, e muitas famílias/pacientes não têm acesso às formas *online* desse material, cabendo aos profissionais das UAVC, utilizarem as orientações baseadas no conhecimento, prática e boa vontade.

Continuando a análise do Gráfico 4, quando questionados sobre o incentivo às orientações, por parte das instituições hospitalares, os participantes, em igual proporção, relatam que receberam ou não orientações prévias em relações de prática de comunicação de alta a pacientes hospitalizados/cuidadores (46,3%).

Com relação ao processo colaborativo entre instituição e profissional, Maturana e Varela (1987) citam que a participação da instituição deve ser dinâmica, realimentado, corresponsabilizando ambos pela busca do conhecimento. Complementando essa ideia de atitude colaborativa, Pinto *et al.* (2011) discorrem que a troca, planificação de conhecimentos e padronização de condutas, podem ser estabelecidos pela criação dos PTS de cada paciente, irão nortear o atendimento além de dar suporte científico para a equipe, promovendo melhor qualidade e eficiência no atendimento, consolidando o profissional como um elo assertivo e decisório no processo de cuidar.

A organização da equipe através da elaboração dos PTS, viabilizando programas de alta precoce iniciados em cenários hospitalares e com continuidade em domicílios, têm obtido sucesso no estímulo ao autocuidado de pacientes e segurança de familiares (MENDES, 2011).

Em relação ao tempo para planejar a alta e orientar (Tabela 7), 53,7% dos participantes relataram ser suficiente. Entretanto, 36,6% assinalaram que não possuem tempo, justificando principalmente a sobrecarga de trabalho e alguns mencionam que conseguem somente realizar as orientações no dia da alta (12,5%). Andreoli (2007) cita que existe uma associação negativa entre a satisfação profissional e sobrecarga de trabalho, ou seja, a medida que uma aumenta a outra diminui.

Tabela 7 – Tempo para realização das orientações de alta hospitalar, Brasil, 2021.

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Você tem tempo suficiente para planejar a alta hospitalar e orientar com qualidade?		
Sim	22	53,7
Não	15	36,6
Não sei, não tenho certeza	4	9,8
Quais os motivos para o tempo insuficiente para o planejamento e orientação da alta hospitalar?		
Sobrecarga de trabalho	7	43,8
Orientação ocorre somente no dia da alta	2	12,5
Excesso de profissionais e informações	1	6,3
Rotatividade de plantonistas	1	6,3
Falta de profissional	1	6,3
Falta de comunicação/ preparação prévia	4	25,0

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Todos os participantes responderam que consideram necessária complementação de materiais para as orientações das altas (100%), o que também foi observado por Neves *et al.* (2004), que destaca que os profissionais da área da saúde apresentaram dificuldades e dúvidas, e consideraram importante receber orientações, em relação aos cuidados de pacientes com AVC, através de materiais didáticos eletrônicos ou impressos, e cursos de extensão.

Nessa perspectiva, a planificação das condutas de orientação de alta através de cursos de aperfeiçoamento das equipes de UAVC tipo II, pode ser utilizada como objeto para agilizar, tornar mais seguras e eficientes as altas hospitalares.

Em relação a percepção dos profissionais sobre o modo que pacientes/familiares recebem as informações de alta, dos 41 pesquisados, 31 (73,8%) consideram que sua orientação de alta exerce total influência sobre a vida das pessoas, sendo que 24 (57,1%) acreditam que alcançam parcialmente os objetivos propostos na orientação (Tabela 8).

O programa de alta hospitalar pode proporcionar tratamento e recuperação de forma mais humanizada e gerar bem-estar ao paciente e cuidador (SOARES *et al.*, 2008). Amenizando as dúvidas em relação ao novo momento do enfermo e da família, contribuindo para melhor recuperação, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo os gastos do sistema público de saúde (SOUZA *et al.*, 2014).

Ainda, os profissionais consideram que em sua abordagem, as orientações abrangem o paciente/familiar em seu contexto biológico, psicológico e social em 75,6%, e que estes se apresentam: receptivos (73,2%), colaborativos (51,2%), envolvidos (34,1%) e seguros (9,8%) após as orientações (Tabela 8).

Mesmo a maioria dos profissionais considerando a abordagem integral, outros 5 (12,2%) relataram que não são abordados todos os contextos do paciente/familiares durante as orientações, e que após realizadas as orientações percebem os familiares/cuidadores: inseguros 25 (61%), temerosos 7 (17,1), pouco colaborativos 6 (14,6%) e resistentes 3 (7,3%). O que pode também ser elucidado pelo relato:

(...) São muitas informações ao mesmo tempo, de vários profissionais e de diferentes tipos. Os cuidadores ou familiares nem sempre conseguem absorver tudo (P18).

Tal resultado converge para a importância de uma abordagem multidimensional da equipe, que permite a compreensão ampliada e integral do indivíduo, buscando identificar e intervir nas áreas mais comprometidas.

Através de orientações contínuas a familiares e cuidadores buscando orientá-los no cuidado e também aliviar a sobrecarga e o estresse, pois, de maneira geral a família vivencia uma fase de impacto, com reações psicológicas potencializadas quando um parente próximo se encontra hospitalizado. Focalizando também para os aspectos relacionados à saúde deste familiar numa perspectiva da integralidade, com ações de promoção e proteção das condições saudáveis, visando minimizar o estresse e potencializar o enfrentamento, através do acolhimento por meio da escuta qualificada e de uma relação empática, com atenção às demandas de cada família, abertura para diálogo e transmissão de informações úteis (AZEVEDO; CREPALDI; MORE, 2016).

Tabela 8 – Percepção dos profissionais sobre modo que pacientes/familiares recebem as informações de alta, Brasil, 2021.

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Você considera que seu papel durante o processo de alta exerce influência sobre o comportamento das pessoas?		
Sim, totalmente	31	73,8
Parcialmente	10	23,8
Você considera que seu papel durante o processo de alta alcança os objetivos, transformando uma orientação em uma ação?		
Sim, totalmente	17	40,5
Parcialmente	24	57,1
Você avalia que as orientações comunicadas são: (Múltipla escolha)		
Duradouras	5	11,9
Temporárias	28	66,7
Claras	10	23,8
Complexas	4	9,5
Esclarecedoras	22	52,4
Não sei/ não tenho certeza	3	7,1
O modelo que utiliza de orientação/abordagem de alta hospitalar, considera o paciente/familiares e todo seu contexto biológico, psicológico e social?		
Sim	31	75,6
Não	5	12,2
Não sei/ não tenho certeza	5	12,2
Como você avalia o posicionamento das famílias e ou/cuidadores mostram-se após as orientações comunicadas pela equipe interprofissional: (Múltipla escolha)		
Receptivo	30	73,2
Resistente	3	7,3
Colaborativos	21	51,2
Pouco colaborativos	6	14,6
Envolvidos	14	34,1
Seguros	4	9,8
Inseguros	25	61,0
Temerosos	7	17,1
Não sei, não tenho certeza	2	4,9

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Corroborando com os dados acima, um estudo brasileiro identificou que muitas vezes a alta é realizada sem o conhecimento dos membros da equipe, ficando ciente da alta no momento em que ela acontece, o que torna inadequada a transmissão dos cuidados domiciliares e nesse momento os pacientes ficam ansiosos para retornarem para casa (MARQUES; ROMANO-LIBER, 2014).

Na prática clínica da autora, que atua diretamente em UVC, a percepção de sensações de insegurança e medo podem ser observadas quando os familiares recebem orientações acerca do prognóstico e manejo da doença de seu familiar, apresentando-se por vezes pouco colaborativos e resistentes com transferência do cuidado para o domicílio.

O processo de cuidar de um familiar dependente pode comportar cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade do quadro, limitações de tempo para o cuidado, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha do cuidador (BRAITHWAITE, 1992).

Ainda sobre percepção em relação a assimilação das informações por parte dos familiares/cuidadores (Tabela 8), os pesquisados observam que são: temporárias (66,7%), porém, esclarecedoras (52,4%).

Outro estudo identificou que há fragmentação dos cuidados desde o nível de atenção hospitalar, no qual o processo de alta geralmente inclui diversas orientações da equipe multidisciplinar e cada profissional entrega uma cópia em papel com orientações do tratamento aos pacientes e/ou familiares (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014). Confirmando o exposto anterior, um estudo qualitativo, doentes crônicos relataram que no momento da alta hospitalar, ao chegaram em casa, não compreenderam o motivo da entrega de diversos papéis, e não leram e esqueceram que havia informações importantes sobre os cuidados no domicílio, tratamento e consultas de acompanhamento (FORD; INGERSOLDAYTON, BURGIO, 2016).

Esta ocorrência é frequente, no dia-a-dia das UAVC tipo III, que muitos familiares recebem alta após as orientações, com uma ampla gama de informações, porém, pelo excesso de informações, acabam sendo assimiladas temporariamente e posteriormente cometendo falhas no manejo domiciliar

Quando questionados sobre a pandemia por COVID-19 (Tabela 9) e se esta interferiu no processo de alta hospitalar, (85,4%) dos pesquisados relataram que sim, sendo as principais dificuldades: o acesso dos familiares durante o internamento 23 (56,1%); a elaboração e discussão de protocolos de orientação de alta hospitalar 15 (36,6%), e o número reduzido de profissionais 10 (24,4%). O que segundo alguns participantes resultou em:

(...) Orientações de alta mais objetivas e sucintas (P14).

(...) Forma mais sucinta sem participação de outros profissionais na interação com o paciente (P18).

(...) Excesso de pacientes de outras especialidades (P30).

Crispim *et al.* (2020) destacam que no manejo das situações de crise, devemos considerar o sofrimento de pacientes, familiares, profissionais e líderes do sistema de

saúde, e pautar a comunicação com vistas a prevenir e antecipar eventos, além de reduzir danos dos eventos já instalados. Para isso, sugere mudanças no fluxo de comunicação entre os atores acima citados, dando apoio a equipes horizontais e verticais que estarão lidando diretamente com o cuidado aos pacientes, e proporcionando redução da carga psicológica do cuidado ao designar um time específico para a comunicação (“Time de Comunicação e Acolhimento”), orientado e com possibilidade de novas alternativas de abordagem.

Sobre esse aspecto, a restrição dos acessos dos familiares/cuidadores aos pacientes, ocasionou dificuldade nas orientações de alta pela equipe, fato este que, pode ocasionar risco intercorrências relacionadas ao manejo domiciliar de pacientes com AVC, levando ao aumento da recorrência ou negligência de AVC. A necessidade de leitos para outras especialidades, causado pelo caos em meio à pandemia, faz com que a equipe seja sobrecarregada, e, menos profissionais tenham acesso aos pacientes com AVC, desviando o foco das orientações específicas dentro da UAVC.

Para superar tais dificuldades, os profissionais alteraram ou introduziram novas formas de abordagem, como vídeo chamadas (11,9%), contato telefônico (9,5%) e orientações escritas (4,8%) (Tabela 9).

Durante a pandemia por COVID-19 não está sendo possível manter nenhuma rotina de visita presencial aos pacientes. Porém, com a tecnologia disponível, não é necessário manter as pessoas sem nenhum contato com o ambiente externo (CRISPIM *et al.*, 2020). Existem diversas formas de conectar pacientes e familiares por aplicativos (vídeo chamadas - “visita virtual” e chamada de voz em viva voz). Não há nenhuma razão para deixar pessoas completamente isoladas de contato, sugerido ao menos uma intervenção diária (VITAL TALK TIPS, 2020).

O parecer nº 14/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017) aborda sobre o uso do Whatsapp e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e pacientes. Tais alternativas, tendo em vista que o paciente se encontra sem cuidadores/acompanhantes durante o internamento, tornam os procedimentos dentro das UAVC mais humanizados.

Tabela 9 – A pandemia por Covid-19 e as orientações de alta hospitalar em AVC, Brasil, 2021

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
A pandemia por COVID-19, interferiu no processo de alta hospitalar?		
Sim	35	85,4
Não sei/não tenho certeza	6	14,6
Se sim, como interferiu? (Múltipla escolha)		
Dificuldade de acesso familiar/cuidados durante o internamento	23	56,1
Número reduzido de profissionais	10	24,4
Dificultou a discussão e elaboração do protocolo de orientação de alta pela equipe interprofissional	15	36,6
Alteração da rotina da UAVC	21	51,2
Não sei/ não tenho certeza	6	14,6
Em razão da pandemia por COVID-19, foi necessário alterar/introduzir novas formas na abordagem e orientação da alta hospitalar?		
Sim	14	33,3
Não	15	35,7
Não sei/não tenho certeza	12	28,6
Se a resposta anterior for "SIM", quais foram as novas formas de abordagem?		
Vídeo chamada	5	11,9
Contato telefônico	4	9,5
Orientação beira leito	5	11,9
Orientações escritas	2	4,8

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Pela prática clínica hospitalar, depreende-se que a permanência de um acompanhante durante a internação contribui para o cuidado humanizado, para que os pacientes se sintam protegidos, seguros, e mais perto das pessoas que lhe querem bem. O contato da equipe com os internados e seus responsáveis, facilita e direciona o manejo, as orientações, reduzindo tensões, medos, nervosismos, ansiedades, e auxiliando na compreensão do diagnóstico (FREIRE Jr; BATISTA, 2020).

Na Tabela 10 estão demonstrados os dados referentes a percepção dos profissionais sobre as orientações transmitidas pela equipe interprofissional. Os participantes consideram as orientações padronizadas e transmitidas de forma humanizada em 48,8%.

Orientações lineares, e individualizadas, baseadas no PTS, podem alcançar melhores resultados e maior segurança em pacientes e familiares/cuidadores de pessoas cometidas por AVC. Pinheiro (2018), diz que as informações fornecidas aos paciente e familiares aumentam a capacidade do autocuidado, fortalece a adesão ao tratamento, reduz a frequência de hospitalizações e aproxima a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada.

Tabela 10 – Percepção dos profissionais sobre as orientações transmitidas pela equipe interprofissional, Brasil, 2021.

Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Como define o processo de alta hospitalar realizada pela equipe interprofissional, na maior parte das vezes que ocorre:		
Mecanizado	2	4,9
Humanizado	17	41,5
Padronizado, mas humanizado	20	48,8
Não sei, não tenho certeza	2	4,9
Você percebe que, as suas orientações, refletem positivamente na qualidade de vida dos paciente e familiares pós alta hospitalar?		
Sim	24	58,6
Não	1	2,4
Parcialmente	16	39,0
As orientações comunicadas pela equipe interprofissional são efetivas na desospitalização?		
Sim	17	41,5
Parcialmente	22	53,7
Não	2	4,9

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Ainda, sobre o processo de desospitalização e alta hospitalar (Tabela 10), os participantes responderam que sim, consideram efetivas 17 (41.5%), e concordam que suas orientações refletem positivamente na qualidade de vida. Os trechos a seguir, complementam esta percepção:

(...) Com frequência recebemos vídeos de pacientes ou relatos de familiares mostrando a evolução dos pacientes (P12).

(...) Baixa taxa de reinternação, alta taxa de retorno correto no ambulatório de neurovascular, manutenção no domicílio das práticas indicadas para reabilitação na alta (P24).

(...) A equipe sempre está alinhada Equipe é sinalizada com previsão de alta e toda a equipe aborda a família que é preparada para receber o paciente no domicílio (P26).

(...) Alívio na sobrecarga do cuidador, o paciente ter o máximo de autonomia em seu processo de reabilitação (P34).

Para Garanhan *et al.* (2010), as orientações efetivas auxiliam no enfrentamento de modo positivo por parte o paciente e familiar, através das orientações sobre a patologia e suas complicações, promovendo alívio da ansiedade em relação a situação de doença.

A forma que as famílias/pacientes recebem as informações refletem positivamente na forma em que os profissionais orientam em 78,6%. Bandeira e Pitta

(2000) discorrem sobre a satisfação no trabalho, que pode ser influenciado por diversos aspectos relacionados ao trabalho, como aspirações, tristezas e alegrias dos indivíduos, afetando assim sua atitude em relação a si mesmo e à organização (Tabela 11).

Tabela 11 – Influência na orientação da alta hospitalar considerando a forma como as famílias e/ou cuidadores recebem as informações, Brasil, 2021.

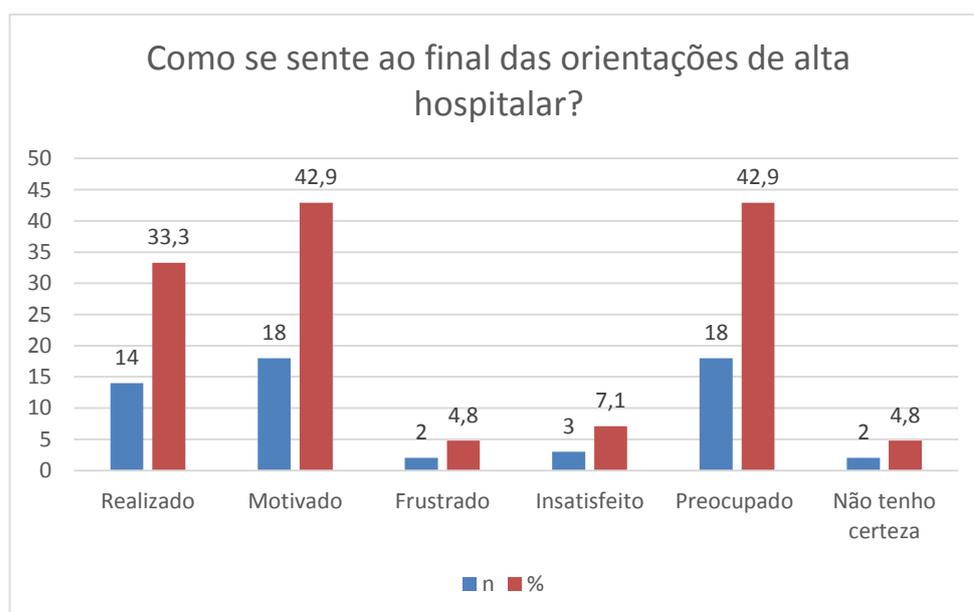
Questões	Total de respostas <i>n</i>	%
Positivamente	33	78,6
Negativamente	5	11,9
Não influencia	3	7,1

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Após orientar, os profissionais sentem-se motivados e preocupados 42,9% e realizados 33,3%. (Gráfico 5).

A motivação, obtida através da percepção de desempenho visa compreender o sentimento da equipe em relação à atividade executada. Contribui para o desenvolvimento de médio e longo prazo e promove o crescimento de indivíduos e grupos (FRANCO *et al.*, 2017).

Gráfico 5 – Apreensão dos profissionais acerca das orientações de alta hospitalar transmitidas, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Na rotina das UAVC, os dados do Gráfico 4 demonstram que ao final das orientações os profissionais se sentem realizados (33,3%), motivados (42,9%), porém preocupados com a qualidade da emissão e recepção das informações transmitidas.

Entretanto, as possíveis dificuldades na realização das orientações por parte da equipe interprofissional podem levar a preocupações, com percepções de ineficácia do serviço, prestado por parte dos mesmos que executam a orientação e dos que recebem (pacientes e cuidadores) (FARIA, 2011).

Assim, visando buscar a melhoria contínua dos resultados e entender a função e a integridade da equipe interprofissional, a avaliação e reflexão sobre o desempenho da atividade realizada, busca estimular a melhoria da produtividade, da participação e da motivação (DANTAS, 2020) .

Nos relatos em relação às fragilidades durante o processo de alta hospitalar os profissionais discorrem:

(...) Muitos profissionais dão suas orientações, fazendo com que o processo seja um pouco cansativo pro familiar ou paciente (muitas informações “ao mesmo tempo”). Muitas vezes o paciente ou o familiar tem mais aflição em uma coisa do que outra (por exemplo, se mostra mais preocupado em relação a questões sociais ou medicamentosas do que em relação a reabilitação...). A gente perde o vínculo com o paciente após a alta, então ele não tem como tirar dúvidas, caso surjam (P18).

(...) Sobrecarga de trabalho, falta de tempo, equipe reduzida, Interfere muitas vezes no processo de orientação (P27).

(...) Falta de comunicação entre os profissionais. Falta padrão (P35).

(...) Muitos familiares parecem compreender as orientações, mas ao chegarem em casa não as põe em prática: insegurança? Incompreensão? (P42).

A Figura 8 possibilita visualizar os termos relacionados às percepções de fragilidades nas orientações de alta hospitalar:

Figura 8 – Representação visual dos termos citados relacionados às fragilidades nas orientações que mais apareceram no discurso dos participantes, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Destarte, em relação à falta de interação entre os profissionais da equipe interprofissional, são necessárias intervenções no contexto do trabalho para se dar conta do cuidado em saúde e, nesse sentido, a colaboração interprofissional favorece práticas significativas (FORTE *et al.*, 2016).

Em relação à falta de tempo para orientar, podem ser relacionadas a sobrecarga de trabalho e organização do momento da alta hospitalar, além das dificuldades causadas pela pandemia por COVID-19.

Em relação ao quesito dificuldade na compreensão por parte dos familiares, este provavelmente deve estar relacionado ao estresse no momento da alta hospitalar, dificuldade intelectual e na recepção de muitas informações. Lauermann (2009) acredita, que a relação entre a equipe multiprofissional e a família/cuidador pode ser cercada de tensões, cansaço, nervosismo e ansiedade, interferindo na compreensão do diagnóstico.

Fermino e Carvalho (2007) discorrem sobre a comunicação terapêutica, como habilidade da equipe de saúde ajudar as pessoas a enfrentar situações temporárias de estresse, conviver com outras pessoas, ajustar-se à realidade, superando bloqueios, favorecendo o tratamento e o desenvolvimento dos pacientes, e por fim, tornando-os ativos no processo de cuidar.

Porém, a abrangência dos relatos em relação as potencialidades durante o processo de alta hospitalar são mais amplas e enfatizam a eficácia do trabalho interprofissional em UAVC tipo III conforme destaca-se algumas ponderações:

(...) Estruturar seu domicílio na alta, de forma mais eficiente possível para a família dar atenção de forma mais segura (P13).

(...) São orientações claras e diretas. Normalmente são acompanhadas de uma cartilha ilustrada onde os familiares conseguem ver e compreender melhor o que está sendo passado (P18).

(...) Incentivo aos cuidados de forma integral ao paciente, incentivo à família a procurar sempre manter paciente com recursos ativos que auxiliam na reabilitação, incentivo ao autocuidado e autoconhecimento trabalhando com potenciais limitações do paciente, adaptando seu estilo de vida a sua nova realidade (P19).

(...) As orientações são realizadas pela equipe multi, o familiar acompanha e participa dos cuidados durante a internação do paciente (P5).

(...) Abordar diferentes famílias, aprendizado de toda a equipe, relacionamento interprofissional (P15).

(...) Vínculo, troca de saberes, educação em saúde, estabelecimento de metas individualizadas, esclarecimento de dúvidas (P24).

A Figura 9 possibilita visualizar os termos relacionados às percepções de potencialidades das orientações de alta hospitalar:

Figura 9 – Representação visual da frequência das palavras relacionadas às potencialidades nas orientações que mais apareceram no discurso dos participantes, Brasil, 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Tais termos levam a compreender que: as UAVC tipo III, em razão do trabalho da equipe interprofissional e especializada, é um espaço no ambiente hospitalar estruturado com rotina específica de profissionais treinados para favorecer o tratamento e reabilitação. E que a percepção de eficiência em relação às orientações realizadas, se dá pela resposta da tríade: paciente, equipe interprofissional e cuidadores/familiares.

Na perspectiva de compreender com mais amplitude a percepção e avaliação dos profissionais e familiares acerca das orientações de alta hospitalar, seria pertinente desenvolver novos estudos nesta temática, tendo por base a eficiência e satisfação entre profissionais que fornecem as informações e os pacientes/familiares/cuidadores que recebem essas informações, num âmbito maior, abrangendo amostras mais amplas em Unidades de AVC tipo I, II e III do país.

Dentre as limitações da pesquisa, destacam-se, a pandemia por COVID-19, que têm causado aumento do número de afastamentos de profissionais da saúde por adoecimento, o que reduz o quadro da equipe, causando sobrecarga de trabalho dos profissionais da área da saúde, dificultando a disponibilidade de tempo para responder as pesquisas.

Ainda, espera-se os profissionais participantes da pesquisa tenham refletido acerca do importante papel que exercem no processo de alta hospitalar. E que de alguma forma possa contribuir para engajar e motivar a equipe com o intuito de promover assistência qualificada e humanizada nos cuidados prestados aos pacientes acometidos por AVC.

Por fim, a partir das reflexões realizadas ao longo desta dissertação e com base nos resultados obtidos pela pesquisa, pode-se afirmar que o orientar é uma arte, que envolve e encanta quem a transmite, porém por vezes, pode não ser compreendida pelo público, por questões culturais, de costumes ou de ansiedade, causando proporcionalmente alegrias e frustrações ao artista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com pesquisa, refletir sobre a percepção das equipes interprofissionais sobre o processo de alta das pessoas com AVC, em UAVCs tipo III.

A amostra da pesquisa apresentou um perfil de profissionais na sua maioria Mulheres, médicas, especialistas embora a maioria não tenha especialização em AVC, com média de idade de 38 anos ($\pm 31,81$), com tempo de formação média de 11 anos ($\pm 27,57$) e tempo de atuação em UAVC de cerca de 2 anos.

Dentre os profissionais envolvidos diretamente no processo de alta hospitalar, os enfermeiros são citados em todas das participações, seguido dos médicos e fisioterapeutas. Em relação à interação entre os profissionais da equipe os participantes consideram que as orientações e metas são parcialmente elaboradas de forma colaborativa e que na maioria das vezes as informações de um membro complementam as informações dos demais. Quando questionados sobre onde as orientações ocorrem, são realizadas geralmente beira-leito, tanto a partir da admissão quanto na alta hospitalar e que estas são baseadas em cartilhas elaboradas pelas próprias UAVC na prática clínica e no manual de rotinas do Ministério da Saúde. No que se refere ao tempo para planejar a alta e orientar, embora cerca da metade dos participantes relataram ser suficiente, outros assinalaram que não possuem tempo, justificando principalmente a sobrecarga de trabalho e que isto se intensificou durante a pandemia por COVID-19.

Além da sobrecarga por número reduzido de profissionais, estão entre as principais dificuldades durante a pandemia por COVID-19: o atendimento no setor de pacientes com necessidade de tratamento de outras especialidades, o acesso dos familiares durante o internamento; dificuldade de a elaboração e discussão de protocolos de orientação de alta hospitalar de forma compartilhada, tornando as orientações mais sucintas, objetivas, feitas por vídeo chamadas, contato telefônico e orientações escritas.

Ainda, sobre o processo de desospitalização e alta hospitalar, os participantes responderam que o consideram efetivo e que as orientações refletem positivamente na qualidade de vida, fazendo com se sintam realizados, motivados, porém preocupados em transmitir informações mais completas sobre os cuidados aos pacientes acometidos por AVC.

Dentre as fragilidades destacam que o processo envolve muitas informações que podem ser cansativas para os cuidadores e familiares com uma assimilação temporária da informação. A perda de vínculo com o paciente também foi apontada como uma fragilidade, assim como dificuldades de comunicação entre a equipe.

Em contraponto, outros participantes destacam como potencialidades opiniões contrárias as anteriores: que há criação de vínculo, que as orientações são formuladas de forma integrada, com planos terapêuticos singulares, que há um estímulo para o autocuidado, que as orientações são claras e de fácil compreensão.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos na pesquisa e, ao partir do referencial teórico e nas práticas clínicas da autora, recomenda-se:

- Que a educação em saúde para toda população deve ser enfatizada e amplamente difundida, de maneira clara e acessível;
- Que os cuidados de saúde tenham enfoque na prevenção e conscientização dos fatores de riscos para AVC;
- Que os sintomas clínicos do AVC devem ser identificados e conduzidos através de ações rápidas e eficazes;
- Que as equipes das UAVC, devem priorizar ainda mais as orientações de alta e orientações em saúde, e que esse deve ser um processo dinâmico e diário;
- Reforçar a importância da equipe interprofissional e da atitude colaborativa em equipe, para que o conhecimento específico, seja conhecido entre todos os membros;
- Que cada membro da equipe é essencial!
- A especialização nas áreas de AVC (neurologia), pode facilitar o entendimento de todas as causas e consequências em AVC, qualificando ainda mais os atendimentos em unidades especializadas;
- Que as orientações baseadas em cartilhas e protocolos, são importantes e complementam as orientações baseadas na prática clínica.
- Evidenciar a importância do PTS para potencialização da evolução no cuidado do paciente e para a organização da equipe;
- A desospitalização e a alta programada com orientações desde a admissão até a alta hospitalar, proporcionam uma abordagem globalizada do paciente e familiar/cuidador em todo seu contexto.
- Destacar a necessidade e importância da rede de referência e contra referência;
- A pandemia ensinou que existem diferentes e possíveis formas de abordagem para orientar, cabe a equipe, buscar outras alternativas de orientações;

- Que é fundamental a conscientização de que pacientes que apresentam DCNT, como o AVC, correm risco aumentado para infecção por COVID-19;
- E que toda informação é preciosa e transformadora!!

REFERÊNCIAS

ABRASHKIN, K. A.; CHO, HYUNG, J.; TORGALKAR, S.; MARKOFF, B. Improving transitions of care from hospital to home: What works? **Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 79, n. 5, p. 535–544, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **ANS orienta: consultas, exames e cirurgias que não sejam urgentes devem ser adiados**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020.

ALVES, J.E.D. ECODEBATE. Site de informações, artigos e notícias socioambientais. 2020. **O perfil demográfico do Brasil até 2100 e os desafios da Covid-19**. <https://www.ecodebate.com.br/2020/04/29/o-perfil-demografico-do-brasil-ate-2100-e-os-desafios-da-covid-19-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>

ASSAD, R. L. Mecanismos envolvidos na trombogênese em pacientes com COVID-19 Parte 1 – Trombogênese em SARS-CoV2: mecanismo da doença. **Revista Paulista de Reumatologia**, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL – ABRAFIN. **AVC em meio à pandemia por COVID-19**. E-book. 2020. Disponível em: <https://abrafin.org.br/wp-content/uploads/2020/06/avc-pandemia.pdf>.

ALBERS, G. W.; CAPLAN, L. R.; EASTON, J. D.; FAYAD, P. B.; MOHR, J. P.; SAVER, J. L.; SHERMAN, D. G.; TIA WORKING GROUP. Transient Ischemic Attack — Proposal for a New Definition. **TIA Working Group**, v. 347, n. 21, p. 1713-6, 2002.

ALIAGA, M.; GUNDERSON, B. **Interactive Statistics**. Thousand Oaks: Sage, 2002.

ALVES, L. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1199–1207, 2007.

ANDREWS, L. Estilo de Vida e Qualidade de Vida : semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lyfestyle**, v. 1, n. 1, p. 8–10, 2011.

APARECIDA, R.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S.; COELHO, S. C.; WEHBE, F. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, 2013.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ANDRÉ C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

ARAÚJO, F. S. R. O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas & cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar. **Escola De Enfermagem Afonso**, Aurora, 2012.

ARRUDA, L. D. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). **Interface**, Brasil. v. 22, n. 64, p. 199–210, 2018.

AUGUSTO, J. A. DE O.; CIASCA, S. M. Avaliação da memória em crianças e adolescentes com histórico de acidente vascular cerebral e crianças com queixas de dificuldades escolares. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 98, p. 128–135, 2015.

ARAÚJO, F. S. R. O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades clínicas & cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar. **Enfermagem, Escola De Afonso, Aurora**, 2012.

AUGUSTO, J. A. O.; CIASCA, S. M. Avaliação da memória em crianças e adolescentes com histórico de acidente vascular cerebral e crianças com queixas de dificuldades escolares. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n. 98, p. 128–135, 2015.

AZEVEDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A.; MORE, C. L. O. O. A Família no contexto da hospitalização: revisão sistemática. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 772-799, set. 2016.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. Congresso Nacional de Educação - EUCERE. **I Seminário Internacioal de Representações Sociais, Subjetividade e Educação - SIRSSE**. Pontifícia Universidade Católica do Pará. Curitiba, 7 a 10 de novembro de 2011.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v. 49, n. 4, p. 145-152, 2000.

BHATIA, R.; SRIVASTAVA, P. Covid-19 and Stroke: Incidental, Triggered or Causative. **Ann Indian Acad Neurol**, v. 23, n. 3, 2020.

BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm.**, 2006.

BARROS, J. E. F. Doença Encefalovascular. In: Nitrini R, Basheschi LA. **A Neurologia que todo Médico Deve Saber**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 171-88.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. **Portaria n.º 664, de 12 de abril de 2012**. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. **Portaria n.º 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo

financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. **Portaria n.º 800, de 17 de junho de 2015.** Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E.; LUCKMANN; SORENSEN. **Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica.** 4. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

BRAITHWAITE, V. Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. **Res Aging.**, v. 14, n. 1, p. 3-27, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.390 de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011. 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 665 de 12 de abril de 2012.** Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidado em AVC. Brasília. 2012. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde cria linha de cuidados para tratar AVC.** 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46174-ministerio-da-saude-cria-linha-de-cuidados-para-tratar-avc>. Acesso em 10.05.2020].

BRASIL. Ministério Da Saúde. **AVC:** o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 5 mar., 2020.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html}ace
Acesso em: 10 de mar., 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466/2012/CNS/MS/CONEP**. Diário Oficial da União, v. 12, p. 59, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH/SUS). 2018 - 2021**.

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

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

BRASIL, M. D. S. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. p. 1–9, 2013.

BRASIL, M. D. S. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa**. [s.l: s.n.]. v. 1

BRUNNER; SUDDARTH; SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1991.

BRANDÃO, C. G. C.; ALMEIDA, T. A. V. Educação e Saúde na Perspectiva Interprofissional : Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Redes de Atenção à Saúde – PET-RAS. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 2453–2454, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. [s.l: s.n.].

BRASIL. Ministério da saúde. Informações de saúde TABNET- Estatísticas vitais. **Datasus**. [internet]. [Citado em 2018 nov 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

BURKE, R. E.; KRIPALANI, S.; VASILEVSKIS, E. E.; SCHNIPPER, J. L. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

CABRAL, N. L.; MORO, C.; SILVA, G. R.; SCOLA, R. H.; Werneck, Lineu César. Study comparing the stroke unit outcome and conventional ward treatment: A randomized study in Joinville, Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 2 A, p. 188–193, 2003.

CAMARGO, P. F.; ANDRÉ, L. D.; LAMARI, N. M. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do sistema único de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 38, 2016.

CANCELA, D. O Acidente vascular cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação. **Portal dos Psicólogos**, p. 1–18, 2008.

CAROD-ARTAL, F. J. Neurological complications in patients infected with coronavirus. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.

CARVALHO, J. J. F.; ALVES, M. B.; VIANA, G. A. A.; MACHADO, C. B.; SANTOS, B. F. C.; KANAMURA, A. H.; *et al.* Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: A hospital-based multicenter prospective study. **Stroke**, v. 42, n. 12, p. 3341–3346, 2011.

CASTRO, R. M. **Gestão econômico-financeira nos hospitais filantrópicos. Organização e financiamento.** 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão). Niterói, Universidade Federal Fluminense.

CECATTO, R. B.; ALMEIDA, C. I. DE. **Rehabilitation planning in the acute phase after encephalic vascular accident.** 2010.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico : conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, v. 7, n. 4, p. 372–382, 2000.

CHRISTOPHER, J. L.; DANAEI, G.; DING, E. L.; MOZAFFARIAN, D.; TAYLOR, B.; REHM, J.; EZZATI, M. The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary , Lifestyle , and Metabolic Risk Factors. **PLoS Med**, v. 6, n. 4, 2009.

COLLI, M.; ZANI, A. V. Validation of a Nursing Discharge Plan for Pregnant and High-Risk Puerperal Women. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

CEREBRAL, A. V. **Diretrizes Assistenciais Acidente Vascular Cerebral.** 2011.

CONITEC. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) Na rede de atenção às urgências.** 2016.

CQH, N. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / **Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).** 2012.

CARVALHO, R. C. Ataque Isquêmico Transitório e Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. In: Adoni T, Brock RS. **Medicina Net Neurologia e Neurocirurgia.** São Paulo: Atheneu, 2008. p. 91-108.

COSTA, R. Q. M. Mudança de personalidade e de humor pós AVC – Por que isso acontece? **Neuropsiquiatria em Foco.** REDE REBAVC. 2017. Disponível em: <https://www.reabavc.com.br/reabilitacao/mudanca-de-personalidade-e-de-humor-pos-avc-por-que-isso-acontece>. Acesso em: 2. mar., 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde**: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. Publicado em 06/03/2020. Disponível em <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 21 nov., 2021.

CORTEZ, A. C. L.; SILVA, Carlos Roberto Lyra; SILVA, Roberto Carlos Lyra; DANTAS, Estélio Henrique Martin Dantas. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, p. 700, 2019.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

CRISPIM, D.; SILVA, M. J. P.; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S. **Comunicação Difícil e Covid - 19 Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia**. 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf.pdf>

DA SILVA, A. I.; LOCCIONI, M. F.L.; ORLANDINI, R. F.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M.; MAFTUM, M. A. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1–8, 2016.

DANTAS, B. T. Estratégias de ensino-avaliação voltadas ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.. 21, n. 1, p. 1–9, 2020.

DE ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. Á.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 43, n. 1, p. 35–40, 2009.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Otacio Cruz Neto, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (Organizadora). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DUSEK, B.; PEARCE, N.; HARRIPAUL, A.; LLOYD, M. Care transitions a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, Maryland, v.30, n. 3, p. 233-239, 2015.

EINSTEIN, H. I. A. **Diretrizes Assistenciais Acidente Vascular Cerebral**. 2011.

EVANS, R. O. N. L.; CONNIS, R. T.; HENDRICKS, R. D.; HASELKORN, J. K. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care : a meta-analysis. **Soc Sci Med**, v. 40, n. 12, p. 1699–1706, 1995.

FALCÃO, I. V.; MAIA, E.; CARVALHO, F. DE. Acidente vascular cerebral precoce : implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de SAÚDE EARLY CEREBROVASCULAR ACCIDENT : implications in working-age adults

assisted by the Brazilian Public Health System. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 1, p. 95–102, 2004.

FARIA, A. R. **O cuidador e suas dificuldades no dia a dia: revisão de literatura.** Universidade Federal De Minas Gerais. 2011. Trabalho Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), p. 1–36.

FARIA, A. R. **Sistema informatizado de apoio a implementação da linha de cuidado ao AVC.** 2018. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde). Universidade do Planalto Catarinense. Lages.

FERMINO, Z.; CAMPOS DE CARVALHO, T. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, julho-septiembre, p. 287-295 2007.

FERNANDES, A. **Um hospital particular no Brasil.** São Paulo, 2002.

FERREIRA, P. L. **Estatística Descritiva.** Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 2005. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/AP200501.pdf>

FIOROT JÚNIOR, J. A.; BARBOSA, L. A.; SFALSINI, R. R.; VALÉRIO, E. C. N.; SOUZA, M. A.; GASPARGAR, P. R.; AGUIAR, J. S.; PIMENTEL, C. S.; SPAGNOL, C.; AGUILAR, L.; NIELSEN, M. B. P.; PITANGA, K. C.; GARROCHO, E. S.; CAMPAGNOLI, C. P.; MIRANDA, M. A. **Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Diretrizes clínicas.** Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santos, 2018.

FONTANA, A. P.; LIMA, F. S. **AVC em meio à pandemia por COVID-19.** Guia de cuidados e exercícios fase aguda, 2020.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. **National Association of Social Workers, Washington**, v.41, n.2, p.129-138, 2016.

FORTE, F. D. S.; MORAIS, H. G. F.; RODRIGUES, S. A. G.; SANTOS, J. S.; OLIVEIRA, P. F. A.; MORAIS, M. S. T.; *et al.* Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016.

FOX, M. T.; PERSAUD, M.; MAIMETS, I.; BROOKS, D.; O'BRIEN, K.; TREGUNNO, D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 1–9, 2013.

FRANCO, M. A. J.; SANTOS, E. A.; ZANIN, M.; LUNKES, R. J. Avaliação de desempenho: percepção dos funcionários de uma entidade hospitalar de santa catarina performance evaluation: perception of employees of a hospital of santa

catarina avaliação de desempenho : percepção de los funcionarios de un hospital de s. **Revista de Administração e Inovação Hospitalar**, v. 14, p. 124–137, 2017.

FREIRE JUNIOR, A. B.; BATISTA, L. A. **A importância de um acompanhante na unidade de tratamento intensivo**. 2020.

GAGLIARDI, R. J.; RAFFIN, C. N.; FÁBIO, S. Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral **Projeto Diretrizes**, p. 1–13, 2001.

GAGLIARDI, R. J. Fibrilação Atrial e Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 22, n. 1, p. 144–148, 2014.

GAGLIARDI, R. J. **Neurologia atual**. N. March, 2015.

GARCIA, L. P. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 227–237, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. ATLAS ed. [s.l: s.n.].

GILES, M. F.; ROTHWELL, P. M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, v. 30, n. 4, p. 205–206, 2008.

GIRARDON-PERLINI, N. M.; OLIVEIRA, N. M.; HOFFMANN, J. M.; PICCOLI, D. G.; BERTOLDO, C. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. **REME Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 2, p. 149–154, 2007.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Juiz de Fora Programa, n. Universidade Federal de Juiz de Fora Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. p. 175, 2009.

GARANHANI, M. R.; ALVES, J. F.; FUGISAWA, D. S.; GARANHANI, M. L. Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. **Acta Fisiatr.**, v. 17, n. 4, p. 164-168, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, M. S.; YAMANE, F. O. **Acidente vascular cerebral na pandemia por Covid-19**. 2020.

GONZALEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Cengage Learning Edições. São Paulo, 2005.

GUERRERO, K. S.; PULS, S. E.; ANDREW, D. A. Transition of care and the impact on the environment of care. **Journal of Nursing Education and Practice**, Toronto, v. 4, n. 6, 2014.

GRACIOTO, A. GOMES, C. J.; ECHER, I. C.; LORENZI, P. D. C. Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes Group. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 105–108, 2006.

GROUP, T. W. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 41–60, 1994.

GURGEL, D. A.; PINTO, F.; OLIVEIRA, D. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades Caregiver for elderly patient chronic and difficulties. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 129–143, 2012.

HANSEN, L. O.; YOUNG, R. S.; HINAMI, K.; LEUNG, A.; WILLIAMS, M. V. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 155, n. 8, p. 520–528, 2011.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Esquema de ações necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI**. 2011. Disponível em: <https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx>

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Aneurisma cerebral: qual o melhor tratamento?** 2019. Disponível em: <https://www.einstein.br/Pages/Home.aspx>.

HOCKMAN, B. NAHAS, F. X. **Desenhos de pesquisa**. 2005.

HUGH, BARR; HELENA, L. **Introdução à Educação Interprofissional**. [s.l: s.n.].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Breve histórico do processo demográfico**. 2016. por Celso Cardoso Silva Simões. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884_cap2.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Coordenação de Geografia. **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro, 2016.

TREJO, J. M.; GABRIEL, GALÁN, Y. Stroke as a complication and prognostic factor of COVID-19. **Elsevier Neurologia**, v. 21, n. 1, p. 1–9, 2020.

JOHNS HOPKINS. Whitting School of Engineering. Center for Systemns Science and Engineering. **Covid-19 Content Portal**. 2021. Disponível em: <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>

LANCET, T. Stroke prevention: The need for a global response. **The Lancet Neurology**, v. 10, n. 1, p. 1, 2011.

LANGHORNE P, RAMACHANDRA S, S. U. T. C. **Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta- analysis (Review)**. 2020.

LAUERMANN, E. H. A. A. **Grupo de familiares e equipe multiprofissional na troca de informações sobre AVC**. Projeto de Pesquisa (Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2009.

LEMOR, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n. 3, mar., 2016.

LEÃO, K. F. **Desempenho cognitivo de pessoas com acidente vascular encefálico**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás Pró-Reitoria de Pós- Graduação e Pesquisa Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, n. GOIANIA, 2015.

LINDSBERG, P. J.; GRAU, A. J. Inflammation and infections as risk factors for ischemic stroke. **Stroke**, v. 34, n. 10, p. 2518-32, 2003.

LIMA, C. V. C.; MOURA, M. DOS S. R.; CAVALCANTE, M. V. DA S. Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 472–482, 2017.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M. DE; CRUZ, A. K. L. DA. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 546–553, 2011.

LOTUFO, P. A.; JUDITH, I.; BENSENOR, M. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil Race and stroke mortality in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1201–1204, 2013.

LUIZA, M.; ROSA, G.; SILVA, A. C. Análise das barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro , Brasil Analysis of barriers to the use of thrombolytics in ischemic stroke in a private hospital in Rio de Jane. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2487–2496, 2013.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso**, p. 149-171, 2012.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIBER, N. S. R. (B). Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1431-1444, 2014.

MARTÍ-FABREGAS, J.; GUIADO-ALONSO, D.; RAQUEL DELGADO-MEDEROS, R.; MARTÍNEZ-DOMEÑO, A.; PRATS-SÁNCHEZ, L.; GUASCH-JIMÉNEZ, M.; *et al.* Impact of COVID-19 Infection on the Outcome of Patients With Ischemic Stroke. **Stroke**, v. 52, 2021.

MARTINS, D. P. A percepção como método para trabalhos em educação ambiental: o caso de uma comunidade de Porto Alegre—RS. In: **Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental**, 2011. Disponível em: <http://www.ibeas.org.br/congresso/Trabalhos2011/VII-008.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2021.

MEIRELLES, M. **O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política**: uma breve introdução. Pelotas, jan./jun., 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos Ltda, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de rotinas para atenção ao AVC Brasília – DF.** 2013.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; *et al.* Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: RANGÉ, Bernard (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. p. 568-580.

MONT'ALVERNE, F. J. A. Tratamento do acidente vascular cerebral agudo e procedimentos neurointervencionistas urgentes durante a pandemia de covid-19. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 78, n. 7, São Paulo, July, 2020.

MORO, C. K. **Plano de alta hospitalar para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC).** 2019. 68 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Bale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. S.C. A.; STOPA, S. R.; PEREIRA, C. A.; Szwarcwald, C. L.; Silva Júnior, J. B.; Reis, A. A. C. Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, v. 24, n. 2, p. 217–226, 2015.

MARTINS, S. C.; OLIVEIRA-FILHO, Jamarly. Guidelines for acute ischemic stroke treatment – Part II: Stroke treatment. N. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, July 2012, p. 885–893, 2011.

MAYOR, M.; RIBEIRO, O.; PAUL, C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009.

MELLO, A. I. DA S. **Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.** 2013.

MENDES, A. DA C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação de métodos.** Recife: A. C. G. Mendes, p. 289, 2009.

MENDIS, D. ALWAN, A. Years 2030. **Prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable disease.** 2011.

MESA, A. G. **Intervenção sobre os fatores de risco modificáveis associados às doenças crônicas não transmissíveis na esf estação do município matozinhos / MG.** 2015. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em

Estratégia da Família. Universidade Federal de Minas Gerais.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec Abrasco, RJ, 1993.

MORO, C. K. Plano de alta hospitalar para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC). **Problem Set 2**, v. 23, n. 3, p. 2019, 2019.

MOURÃO, A. M.; VICENTE, L. C. C.; CHAVES, T. S.; Sant'Anna, R. V. S.; MEIRA, F.; XAVIER, R. M. B.; *et al.* Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na Linha de Cuidados. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 53, n. 4, p. 12–16, 2017.

NAKIRI, G. S. **Experiência da trombectomia mecânica no tratamento do acidente vascular cerebral agudo em um hospital universitário brasileiro**. 2017. Tese (Doutorado em Investigação Clínica). Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Departamento de Clínica Médica, 2017.

NEVES, P. P.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M. M. MATAS, S. L. A.; PRADO, G. F. Profissionais da saúde, que assistempacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 4, out./ dez., 2004.

NEVES, U. **Doenças cardiovasculares: mortes no primeiro semestre de 2021 aumentam no país**. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/doencas-cardiovasculares-mortes-no-primeiro-semester-de-2021-aumentam-no-pais/>. Acesso em: 5 set., 2021.

NIEWEGLOWSKI, V. H.; MORE, C. L. O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Rev Estudos de Psicologia**, 2008.

NICODEMOS, R. L. Formação em serviço na linha de cuidado em acidente vascular cerebral. v. 7, p. 1–25, 2018.

NISHIMURA, R. A.; OTTO, C. M.; BONOW, R. O.; CARABELLO, B. A.; ERWIN, J. P.; GUYTON, R. A.; *et al.* **2014 AHA / ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease** : Executive Summary AHA / ACC Guideline 2014 AHA / ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease : Executive Summary A Report of the American Co. [s.l: s.n.].

OIGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **BM**, v. 102, n. 13, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANDA DE SAÚDE - OPAS. **Manutenção de serviços essenciais de saúde**: orientação operacional para o contexto da COVID-19. Orientação provisória. 1º de junho de 2020. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças cardiovasculares continuam sendo principal causa de morte nas Américas**. 2021. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/noticias/29-9-2021-doencas-cardiovasculares-continuam-sendo-principal-caoa-morte-nas-americas>.

OMRAN, A. La transición epidemiológica: una teoría de la epidemiología del cambio poblacional. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 1, p. 509–538, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia: atualização**. Rev Saúde Pública, 2001.

PIASSAROLI, C. A. P.; ALMEIDA, G. C.; LUVIZOTTO, J. C.; SUZAN, A. B. B. M. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 1, p. 128-137, 2012.

PINHEIRO, E. A. Alta compartilhada pela equipe multiprofissional. **PECIBES**, v. 1, 2018.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 293–302, 2011.

PINTO, P. A. T. **Pré-Diabetes e o risco de Acidente Vascular Cerebral**. 2013.

PORTA DA TRANSPARÊNCIA. **Especial Covid-19**. Painel Registral. 2021. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>

PORTES, L. A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lifestyle J**, v. 1, n. 1, p. 8–10, 2011.

RACKOW, E. C. Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program [9]. **New England Journal of Medicine**, v. 361, n. 3, p. 311–312, 2009.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205–212, 2013.

RASSELI, S.; RUBENS, V. **Influência do tabagismo e da glicemia no tratamento do avc em pacientes internados**. 2011.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 56, p. 185–196, 2016.

RIBEIRO, H. P. **O Hospital: historia e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RODRIGUES, F. E. M.; LIMA, M. M.de L. **Enfrentamento da família durante a hospitalização em unidade de terapia intensiva neonatal/pediátrica**. 2007 Acesso em 19/11/21. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/Franciële-Euzébio-Martins-Rodrigues.pdf>

ROCHA, F. A. A.; BARRETO, I. C. DE H. C.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: Estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 57, p. 415–426, 2016.

ROCHA, M. S. G.; ALMEIDA, A. C. F.; NETO, O. A.; PORTO, M. P. R.; BRUCKI. Impacto da unidade de AVC em hospital público sobre a hospitalização e mortalidade no acidente vascular cerebral isquêmico. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 71, n. 10, p. 774–779, 2013.

REDE BRASIL AVC. **Pacientes e familiares - Sinais de alerta - Aprenda a reconhecer o AVC porque tempo perdido e cérebro perdido**. 2020. Disponível em: <http://www.redebrasilavc.org.br/pacientes/>.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social - Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo, Atlas, 2008. 334 p.

RHIRY-CHERQUES, R. H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Rev PMKT**, 2009.

SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W. S.; HAYNES, R. B. **Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM**. 2nd. ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. In: **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SOARES, E., BESERRA, E. P.; CAETANO, J. A.; ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p. 37-43, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Cardiômetro - Mortes por Doenças Cardiovasculares no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/grafico.asp>

SOUZA, I. C.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C. S.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 173-180, 2014.

TOGNOLA, W. A. Qualidade de atendimento após acidente vascular cerebral. In: GAGLIARDI, R. J. **Doenças Cerebrovasculares: Conduas**. São Paulo: Gel-gr; 1996.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

SAFANELLI, J.; VIEIRA2, L. G. D. R.; ARAUJO, T.; MANCHOPE, L. F. S.; KUHLOFF, M. H. R.; NAGEL, V. The cost of stroke in a public hospital in Brazil : a one-year prospective study. N. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 77, n. 6, p. 404-411, 2019.

- SAUDE, M. DA. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. BRASÍLIA - DF: [s.n.]. SBC, S. B. D. C. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose – 2017. v. 109, 2017.
- SCALZO, P. L.; SOUZA, E. Sá de; MOREIRA, A. G.; VIEIRA, D. A. F. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 139–144, 2010.
- SCHÄFER, P. S.; OLIVEIRA-MENEGOTTO, L. DE; TISSER, L. Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Ciênc. Cogn**, v. 15, n. 2, p. 202–215, 2010.
- SHETH, J. N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. I. **Comportamento do cliente indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.
- SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2007.
- SILVA, M. **Reabilitação após o AVC**. 2010.
- SOUZA, C. R.; LAVÍNEA, M.; VALENTE, F. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 2, p. 110–115, 2015.
- SOONG, C.; DAUB, S.; LEE, J.; MAJWSKI, C.; MUSING, E.; NORD, P.; WYMAN, R.; BAKER, G. R.; ZACHAROPOULOS, N.; BELL, C. M. Desenvolvimento de uma lista de verificação de práticas seguras de alta para pacientes hospitalares. **J Hosp Med.**, v. 8, n. 8, p. 444-9, 2013.
- TEIXEIRA, MAÍSA GOMIDE; BONFIM, J.; ALBUQUERQUE, F. Qualidade é interpretacionismo: proposta de superação do possível viés contra pesquisas qualitativas em estratégia quality is interpretivism: a proposition for overcoming. **Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, v. 8, n. 1, p. 20–33, 2011.
- TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. The practice of hospital psychologist in a multidisciplinary team. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 89–98, 2007.
- UTIDA, K. A. M.; BATISTON, A. P.; SOUZA, L. A. DE. Level of functional independence of patients after stroke assisted by a multidisciplinary team in a rehabilitation unit. **Acta Fisiátrica**, v. 23, n. 3, p. 107–112, 2016.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND - UNFPA. **Covid 19: Um olhar para gênero**. Resumo Técnico, março 2020. Disponível em https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Covid19_olhar_genero.pdf. Acesso em: 12 nov., 2021.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.
- WEBER, L. A. F.; LIMA, Maria Alice Dias da Silva Lima; ACOSTA, Aline Marques;

MARQUES, Giselda Quintana. Transição Do Cuidado Do Hospital Para O Domicílio: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

WERNER, S. M. **Proposta de um modelo de gestão para alta hospitalar baseado na abordagem lean**. N. 2017. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, p. 173, 2017.

VITAL TALK. **Dicas Práticas de Comunicação COVID-19 Adaptado de VitalTalk Tips**. 2020. Disponível em: https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/VitalTalk_COVID_Portuguese.pdf.

XAVIER, T. A. Proposta de implementação da educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis em uma instituição federal de ensino. **Disability and Rehabilitation**, v. 20, n. 1, p. 87–108, 2014.

ZAMAI, CARLOS APARECIDO, BANKOFF, A. D. P. Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos: programa mexa-se. **FEF UNICAMP**, 2009.

ZAKERI, Amanda; JADHAV, Ashutosh P.; SULLENGER, Bruce A.; NIMJEE, Shahid M. Ischemic stroke in COVID-19-positive patients: an overview of SARS-CoV-2 and thrombotic mechanisms for the neurointerventionalist. **Journal Of NeuroInterventional**, v. 13, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030**. [Internet]. Geneva. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global burden of stroke**. Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1. Acesso em: 10 mar., 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Organization Deaths from stroke**. Geneva: WHO, 2017b. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf?ua=1. Acesso em: 10 mar., 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Cause-specific mortality, 2000–2019**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The top 10 causes of death**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 15 de agosto de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. The WHO stepwise approach to stroke surveillance. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 18, n. 10, p. 1–4, 2006.

WWBER, L. A. F. **Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio.** 2018. 86 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Mensagem com encaminhamento do *link* da Pesquisa

PERCEÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS, PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL...
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resolução 510/2016)
docs.google.com

Olá! 😊

Estamos realizando uma pesquisa sobre **PERCEÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL** de unidades de AVC acerca do *** *PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR****, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Ambiente e Saúde (PPGAS) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

****Para isso queremos convidar *VOCÊ**, membro da equipe INTERPROFISSIONAL, para participa pelo link: *

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScdlqY7bAeQz2rJhv_66b4xOvExo2S_zQhJpN5X2zyb2fvOpA/viewform?usp=sf_link *

É rapinho e anônimo!

? No caso de dúvidas, sinta-se à vontade para entrar em contato com as pesquisadoras:

- Fernanda Seeber: fernandaseeber@uniplaclages.edu.br
- Anelise Viapiana Masiero: anemasiero@uniplaclages.edu.br
- Lilia Kanan: lilia.kanan@gmail.com

• Pedimos que após preencher o formulário, compartilhe esse anúncio com os demais membros da sua equipe!*

Agradecemos sua atenção e partilha. 🙏

01:30 ✓

Apêndice 2 – TCLE Equipe Interprofissional



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS, PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, SOBRE O PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR**”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde (PPGAS) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Tem como objetivo analisar a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) sobre o processo de alta hospitalar. Para participar do estudo será necessário que você se disponibilize a preencher o questionário de forma online via *google forms* e no horário de sua conveniência. De acordo com a resolução 510/2016 do CNS “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer algum desconforto psicológico. Caso isso venha acontecer, as pesquisadoras deverão ser comunicadas e farão os devidos encaminhamentos para os serviços da rede SUS que oferecem este tipo de suporte, de forma gratuita. Em virtude de as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, é garantido o total sigilo e confidencialidade, através do aceite deste termo.

Os benefícios da pesquisa são o conhecimento gerado interação entre os profissionais da reabilitação, pacientes e seus cuidadores. Ainda, espera-se a pesquisa, proporcione uma melhor qualidade de orientação, caracterize-se como espaço esclarecimento de dúvidas, síntese de conhecimento e ambiente de educação permanente. Os benefícios ao sujeito/participantes da pesquisa, serão: melhor qualidade nas nos processos orientações para alta precoce e desospitalização; resolução de questionamentos quanto a melhor conduta a ser adotada nos cuidados com pacientes acometidos pelo AVC; proporcionando maior conhecimento a respeito de um assunto na prevenção, causas e manejo e seu efeito na sociedade.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo, basta fechar a janela do navegador do seu computador, smartphone ou tablet sem a necessidade de concluir a etapa em que você se encontra, e sua participação será encerrada. Mesmo depois que você aceitar o TCLE, continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexo causal com a pesquisa.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (49 999554530), ou pelo endereço Rua Piauí, 161, apto 1301. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, E-mail: cep@uniplaclages.edu.br. Se você concordar em participar desta pesquisa, basta marcar a opção na qual declara concordar com a pesquisa e dar continuidade ao preenchimento dos instrumentos por meio dessa plataforma. Desde já agradecemos sua atenção e apoio!

Eu _____ (nome por extenso e CPF) declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Lages, _____ de _____ de _____

Responsáveis pelo projeto: (Fernanda Seeber e Dra. Anelise Viapiana Masiero)
Endereço para contato: Rua Vergílio Ramos, 99, Bairro: Morro do Posto – Lages/SC
Telefone para contato: (049) 999554530
E-mail: seeberfernanda@gmail.com

Apêndice 3 – Questionário da pesquisa

PERCEPÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS, PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, SOBRE O PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR
Seção 1/3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE (Resolução 510/2016 CNS/CONEP)
<p>Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “PERCEPÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, SOBRE O PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde (PPGAS) da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Tem como objetivo analisar a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) sobre o processo de alta hospitalar. Para participar do estudo será necessário que você se disponibilize a preencher o questionário de forma online e no horário de sua conveniência. De acordo com a resolução 510/2016 do CNS “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer algum desconforto psicológico. Caso isso venha acontecer, as pesquisadoras deverão ser comunicadas e farão os devidos encaminhamentos para os serviços da rede SUS que oferecem este tipo de suporte, de forma gratuita. Em virtude de as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, é garantido o total sigilo e confidencialidade, através do aceite deste termo. Mesmo depois que você aceitar o TCLE, continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexo causal com a pesquisa. Os benefícios da pesquisa são o conhecimento gerado interação entre os profissionais da reabilitação, pacientes e seus cuidadores. Ainda, espera-se a pesquisa, proporcione uma melhor qualidade de orientação, caracterize-se como espaço esclarecimento de dúvidas, síntese de conhecimento e ambiente de educação permanente. Os benefícios ao sujeito/participantes da pesquisa, serão: melhor qualidade nas nos processos orientações para alta precoce e desospitalização; resolução de questionamentos quanto a melhor conduta a ser adotada nos cuidados com pacientes acometidos pelo AVC; proporcionando maior conhecimento a respeito de um assunto na prevenção, causas e manejo e seu efeito na sociedade. Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo, basta fechar a janela do navegador do seu computador, <i>smartphone</i> ou <i>tablet</i> sem a necessidade de concluir a etapa em que você se encontra, e sua participação será encerrada. Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (49 999554530), ou pelo endereço Rua Piauí, 161, apto 1301. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, e-mail: cep@uniplaclages.edu.br. Se você concordar em participar desta pesquisa, basta marcar a opção na qual declara concordar com a pesquisa e dar continuidade ao preenchimento dos instrumentos por meio dessa plataforma. Desde já agradecemos sua atenção e apoio! *</p>
<p>E-mail: [_____]</p>
<p>Aceite do TCLE: [<input type="checkbox"/>] Aceito [<input type="checkbox"/>] Não aceito</p>
SEÇÃO 2/3: AGORA VAMOS CONHECER UM POUCO DE VOCÊ
<p>1. Com que gênero você se identifica? <input type="checkbox"/> Masculino [<input type="checkbox"/> Feminino</p>
<p>2. Qual a sua idade (responder em anos): [_____]</p>
<p>3. Categoria Profissional: <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Farmacêutico (a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p>

- Fonoaudiólogo (a)
- Médico
- Nutricionista
- Odontólogo (a)
- Terapeuta ocupacional

4. Tempo de Formação (responder em anos): [_____]

5. Qual é o nível mais alto de escolaridade?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

6. Tempo de atuação na Unidade do AVC:

- 0 a 2 anos
- 2 a 4 anos
- Mais de 4 anos

7. Você possui especialização específica na área de AVC?

- Sim
- Não

Se sua resposta foi “SIM” na pergunta anterior, descreva qual (is) especialização (ões):

[_____]

SEÇÃO 3/3: SOBRE O PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR

8. Em relação ao processo de alta, em que momento as orientações ocorrem?

- Desde a admissão na Unidade de AVC
- Somente, durante o internamento
- Durante a visita hospitalar
- No momento da alta hospitalar
- Vídeo chamada
- Não sei, não tenho certeza

9. Com que frequência você realiza as orientações de alta?

- Sempre
- Muito frequente
- Frequentemente
- Pouco frequente
- Não realizo

10. Você tem tempo suficiente para planejar a alta hospitalar e orientar com qualidade?

- Sim
- Não
- Não sei, não tenho certeza

Se sua resposta foi “Não” na pergunta anterior, quais os motivos para o tempo insuficiente para o planejamento e orientação da alta hospitalar? [_____]

11. Em que ambiente são realizadas essas orientações?

- Beira-leito
- Salas individuais com os familiares e/ou [] cuidadores
- Telefone
- Vídeo chamada
- Não sei, não tenho certeza
- Não são realizadas as orientações

12. As metas propostas e orientações são elaboradas de forma colaborativa entre os profissionais da equipe interprofissional?

- Integralmente
- Parcialmente
- Não são elaboradas de forma colaborativa
- Não sei, não tenho certeza

13. Quais os profissionais envolvidos no processo de alta hospitalar e orientações de alta? (Selecione todos os envolvidos no processo):

- Assistente social
- Enfermeira (o)
- Farmacêutica (o)
- Fisioterapeuta
- Fonoaudióloga(o)
- Médica (o)
- Nutricionista
- Odontóloga (o)
- Terapeuta ocupacional

14. Essas orientações são baseadas:

- Em cartilhas/ protocolos próprios da Unidade de AVC que você trabalha
- Manual de rotinas para atenção ao AVC do Ministério da Saúde
- Em cartilhas/panfletos de outras unidades de AVC
- Na sua prática clínica
- Não sei, não tenho certeza

15. A equipe recebe apoio da instituição hospitalar da Unidade de AVC em que você trabalha para realizar as orientações de alta hospitalar?

- Sim
- Não
- Não sei, não tenho certeza

Se a sua resposta foi “Não” na pergunta anterior, quais os motivos para a equipe não ter apoio da instituição hospitalar para realizar as orientações de alta? [_____]

16. Como define o processo de alta hospitalar realizada pela equipe interprofissional, na maior parte das vezes que ocorre:

- Mecanizado
- Humanizado
- Padronizado, mas, humanizado
- Não sei, não tenho certeza

17. Você recebeu orientação em relação a práticas de comunicação a pacientes hospitalizados e aos cuidadores/familiares?

- Sim
- Não
- Não lembro, não tenho certeza

18. Você considera necessária complementação de tempo/materiais nas orientações das altas que realiza?

- Sim
- Não
- Não sei, não tenho certeza

19. O modelo que utiliza de orientação/abordagem de alta hospitalar, considera o paciente/familiares e todo seu contexto biológico, psicológico e social?

- Sim
- Não
- Não sei, não tenho certeza

Se você respondeu “Não” na pergunta anterior, qual (is) modelos de orientação/abordagem de alta hospitalar não são abordados? [_____]

20. As orientações comunicadas pela equipe interprofissional são efetivas na desospitalização?

- Sim
- Parcialmente
- Não
- Não sei, não tenho certeza

21. Você percebe que, as suas orientações, refletem positivamente na qualidade de vida dos paciente e familiares pós alta hospitalar?

Sim Não Parcialmente

22. Se você percebe que as orientações comunicadas pela equipe interprofissional são efetivas na desospitalização, descreva exemplos que o levam a esta constatação:
[_____]

23. Como você avalia o posicionamento das famílias e ou/cuidadores mostram-se após as orientações comunicadas pela equipe interprofissional:

- Receptivos
- Resistentes
- Colaborativos
- Pouco colaborativos
- Envolvidos
- Seguros
- Inseguros
- Temerosos
- Não sei, não tenho certeza

24. A pandemia por COVID-19, interferiu no processo de alta hospitalar?

Sim Não Não sei, não tenho certeza

25. Se sim, como interferiu?

- Dificuldade do acesso familiar/cuidador durante o internamento hospitalar
- Número reduzido de profissionais da equipe
- Dificultou a discussão e elaboração do protocolo de orientação e alta pela equipe interprofissional
- Alteração da rotina da Unidade de AVC
- Não sei, não tenho certeza

26. Em razão da pandemia por COVID-19, foi necessário alterar/introduzir novas formas na abordagem e orientação da alta hospitalar?

Sim Não Não sei, não tenho certeza

Se a resposta anterior for "SIM", quais foram as novas formas de abordagem?
[_____]

27. Você considera que as orientações de alta comunicadas pelos demais membros da equipe interprofissional:

- Complementam a sua orientação
- São completas
- São incompletas
- São eficazes
- São ineficazes
- São comunicadas de forma clara
- São comunicadas de forma complexa, difícil de serem assimiladas
- São organizadas
- São desorganizadas
- Não sei, não tenho certeza

28. Você considera a orientação uma função primordial para alta hospitalar?

Sim Não Não sei, não tenho certeza

29. Você considera que seu papel durante o processo de alta exerce influência sobre o comportamento das pessoas?

- Sim, totalmente
- Parcialmente
- Não alcança
- Não sei, não tenho certeza

30. Você considera que seu papel durante o processo de alta alcança os objetivos, transformando uma orientação em uma ação?

- Sim, totalmente
- Parcialmente
- Não alcança
- Não sei, não tenho certeza

31. A forma com que as famílias e/ou cuidadores recebem as informações influencia o seu modo de orientar a alta hospitalar?

- Positivamente
- Negativamente
- Não influencia
- Não sei, não tenho certeza

32. Você avalia que as orientações comunicadas são:

- Duradouras
- Temporárias
- Claras
- Complexas
- Esclarecedoras
- Não sei, não tenho certeza

33. Como você se sente ao final das orientações comunicadas no processo de alta hospitalar?

- Realizado
- Motivado
- Frustrado
- Insatisfeito
- Preocupado
- Não sei, não tenho certeza

34. Descreva potencialidades você identifica nas orientações que comunica durante o processo de alta hospitalar: [_____]

35. Descreva fragilidades que você identifica nesse processo de orientação para alta hospitalar: [_____]

36. Classifique esse instrumento quanto a aplicabilidade:

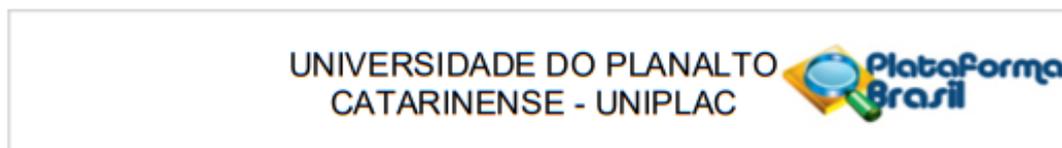
- Plenamente aplicável
- Aplicável
- Relativa aplicabilidade
- Não aplicável
- Não sei, não tenho certeza

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!!!!

Por favor, encaminhe essa pesquisa para que demais membros da sua equipe interprofissional respondam e colaborem na reflexão no cuidado e tratamento ao paciente com AVC.

ANEXOS

Anexo 1 – Cópia do Documento de Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA EQUIPE INTERPROFISSIONAL DE UNIDADES ESPECIALIZADAS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, ACERCA DO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR

Pesquisador: Anelise Viapiana Masiero

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48473521.9.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.811.517

Apresentação do Projeto:

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade funcional no mundo. Caracteriza-se por déficits neurológicos e funcionais, de instalação súbita e rápida evolução, decorrente do dano localizado em alguma região cerebral. O atendimento em centros especializados denominados Unidades de AVC (UAVC), proporcionam abordagem desde a fase aguda até o início da reabilitação nas UAVCs Tipo III.

A comunicação entre a equipe e os familiares é um marcador da qualidade da atenção e, é feita em geral, através de protocolos de orientação elaborados pelas equipes interprofissionais de cada unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a percepção da equipe interprofissional de unidades especializadas para o tratamento de pessoas com AVC sobre o processo de alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o contido na Resolução CNS Nº 466/2012– Capítulo V – que:

"Considera que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco". Nesse sentido, caso o entrevistado apresente algum desconforto em dispor de seu tempo para participar, bem como, o teor das questões podem gerar alguma forma de constrangimento ao participante (estresse

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplaciages.edu.br

Continuação do Parecer: 4.811.517

emocional, culpa, perda de autoestima), caso ocorra, a pesquisadora prestará assistência e esclarecerá as possíveis dúvidas, colocando-se totalmente à disposição de forma gratuita, podendo ser encaminhado ao atendimento psicológico online, previamente agendado pela pesquisadora. Os dados coletados durante a entrevista serão analisados de modo sigiloso, sem a possibilidade de divulgação da identidade do profissional da equipe interprofissional ou da instituição que labora, podendo o entrevistado suspender a qualquer tempo sua participação sem ônus ou prejuízo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 4.811.517

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1683764.pdf	24/06/2021 12:34:39		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores_2.pdf	24/06/2021 12:34:10	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP_AVC.pdf	24/06/2021 11:47:35	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
Outros	Instumento_coleta_dados.pdf	24/06/2021 11:46:43	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alta_hospitalar.pdf	24/06/2021 11:45:51	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
Orçamento	orcamento_alta_hospitalar.pdf	24/06/2021 11:45:42	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
Cronograma	cronograma_alta_hospitalar.pdf	24/06/2021 11:45:30	Anelise Viapiana Masiero	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_Fernanda.pdf	24/06/2021 11:43:08	Anelise Viapiana Masiero	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 28 de Junho de 2021

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário **CEP:** 88.509-900

UF: SC **Município:** LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@unipladages.edu.br

Anexo 2 – Participação em evento

<h2>Certificado de Ponente</h2>		
Confiere el presente certificado a:		
Fernanda Seeber		
Por haber participado en el eje Covid-19 de las Jornadas Internacionales de Investigación en Antropología Médica y de la Salud más allá de Enfoque Biomédico realizadas el 27 y 28 de octubre de 2021.		
Dr. Francisco Pérez Pazmiño Decano Facultad de medicina	Dr. Alexis Rivas Toledo Coordinador de las Jornadas Internacionales	