



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA



WENDER GONÇALVES COELHO

PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM DA PESSOA IDOSA PÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO

JOÃO PESSOA/PB
2024

WENDER GONÇALVES COELHO

**PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM DA PESSOA IDOSA PÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento.

Orientador: Prof^a. Dr^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Coorientador: Dr. Marcílio Sampaio dos Santos

**JOÃO PESSOA/PB
2024**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C672p Coêlho, Wender Gonçalves.

Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós
Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio
/ Wender Gonçalves Coêlho. - João Pessoa, 2024.
125 f. : il.

Orientação: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.
Coorientação: Marcílio Sampaio dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Acidente Vascular Cerebral - Idoso. 2. Enfermagem
Geriátrica. 3. Enfermagem. 4. Alta hospitalar. I.
Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani. II. Santos,
Marcílio Sampaio dos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616.831-005.1(043)

WENDER GONÇALVES COELHO

**Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital
para o domicílio**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional)
da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2024.

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente
 **ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES**
Data: 21/05/2024 09:11:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
Presidente da Comissão ou Banca (Orientadora)
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Documento assinado digitalmente
 **EDILENE ARAUJO MONTEIRO**
Data: 21/05/2024 08:54:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Edilene Araújo Monteiro
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB

Documento assinado digitalmente
 **RENATA CRISTINA DE CAMPOS PEREIRA SILVEIRA**
Data: 20/05/2024 22:12:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª. Dr^ª. Renata Cristina de Campos Pereira
Membro Externo Titular
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Dedico este trabalho a Deus; sem Ele eu não teria capacidade para chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Profa. Dr^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, também ao meu coorientador Dr. Marcílio Sampaio dos Santos, pela sabedoria com que me guiou nesta trajetória.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba.

Aos meus colegas pela oportunidade de aprender a conviver junto.

A Secretaria do Curso do Mestrado Profissional da UFPb, pela cooperação.

À UFMT pela oportunidade do convênio com a UFPb/Capes/COFEN para o reconhecimento de cursar o Mestrado Profissional em Gerontologia.

À Capes/COFEN pela possibilidade de incentivar e colaborar com a formação de mestres da prática em Gerontologia! Nossos agradecimentos!

Gostaria de deixar registrado também o meu reconhecimento à minha família, pois acredito que sem o apoio deles seria difícil vencer esse desafio.

Enfim, a todos os que, por algum motivo, contribuíram para a realização desta pesquisa. Meu reconhecimento!

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim, terás o que colher.

Cora Coralina

COÊLHO, Wender Gonçalves. **Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio**. 2024. 126 f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é uma doença que se configura como a segunda maior causa de morte no mundo e a primeira causa de incapacidade; uma em cada quatro pessoas terá essa complicação ao longo da vida, sendo mais prevalente em pessoas idosas, que necessitam de hospitalização. As readmissões são onerosas e indesejáveis, e as pessoas idosas são mais vulneráveis à hospitalização, sendo necessários cuidados transitórios para manter a continuidade do cuidado. Assim, o Modelo de Transição de Cuidado é premente para a continuidade do cuidado do hospital para o domicílio. **Objetivo:** Descrever a transição do cuidado da pessoa idosa pós Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio. **Método:** Construído em três etapas: A primeira trata-se de um plano de revisão de escopo que seguiu o método preconizado pelo Joanna Briggs Institute. A estratégia População, Conceito e Contexto foi utilizada para a busca nas bases de dados. A segunda etapa é um estudo metodológico para a produção de um plano de alta de enfermagem para a transição do cuidado da pessoa idosa pós Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio, e a terceira é a validação do plano de alta. A análise será descritiva e de similitude, com nuvem de palavras e índice de Content Validity Ratio. **Resultados:** Dos 1.378 estudos, 30 foram selecionados para leitura na íntegra, resultando em 12 artigos publicados entre 2013 e 2023, sendo três qualitativos, oito quantitativos e um estudo misto. Foram incluídos dois capítulos de livros da literatura cinzenta para compor a amostra, totalizando 14 estudos abordando o tema. O resultado da revisão de escopo serviu como referencial teórico para a construção do plano de alta. Após a assinatura do Termo de Consentimento via Google Form, o plano foi encaminhado por e-mail a um painel de 13 juízes especialistas na área de enfermagem em gerontologia/neurologia, que avaliaram a clareza, relevância teórica e pertinência prática dos 60 itens da avaliação de conteúdo, utilizando o software Iramuteq. Foi utilizada a avaliação descritiva e o índice Content Validity Ratio. No indicador clareza e relevância teórica, houve variação de 0,846 a 1,000. No indicador pertinência prática, todos os itens apresentaram valores de Content Validity Ratio de 1,000, portanto adequados. **Conclusão:** Na revisão de escopo, destaca-se a escassez de conhecimento sobre os protocolos de alta para indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. Há uma falta de abordagens detalhadas, ressaltando a necessidade de estabelecer planos de alta e cuidados individualizados. A análise de conteúdo da revisão de escopo, por meio do software Iramuteq, apresentou cinco categorias, cujos dados foram validados por 13 juízes especialistas, com Content Validity Ratio superior a 0,846. O estudo demonstrou que a transição do cuidado da pessoa idosa pós-AVC é urgente no país, e cabe aos enfermeiros e sua equipe desenvolverem essa prática, visando à melhoria do cuidado e à pronta reabilitação. A importância dessas práticas é evidenciada na continuidade da assistência em domicílio, visando reduzir ou sanar possíveis sequelas. Para contribuir para o desenvolvimento e aplicação em nível hospitalar, foi proposto como produto técnico um plano de alta para pessoa idosa pós-acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio.

Descritores: Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem; Enfermagem Geriátrica; Alta Hospitalar.

COÊLHO, Wender Gonçalves. **Nursing discharge plan for the elderly after a stroke from hospital to home**. 2024. 126 f. (Dissertacion) Professional Master's Program in Gerontology – Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a disease that ranks as the second leading cause of death worldwide and the leading cause of disability, with one in four people experiencing this complication at some point in their lives. It is more prevalent in the elderly population, who often require hospitalization. Readmissions are costly and undesirable, and elderly individuals are more vulnerable to hospitalization, necessitating transitional care to maintain continuity of care. Therefore, a Care Transition Model is crucial for the seamless transfer of care from the hospital to the home. **Objective:** To describe the care transition of elderly individuals after a stroke from the hospital to the home. **Method:** The study was conducted in three stages: The first stage involved a scoping review plan following the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute. The Population, Concept, and Context strategy was used for searching the databases. The second stage consisted of a methodological study to develop a nursing discharge plan for the care transition of elderly individuals after a stroke from the hospital to the home, and the third stage involved the validation of the discharge plan. The analysis included descriptive and similarity analysis, using word clouds and the Content Validity Ratio index. **Results:** Out of the 1,378 studies, 30 were selected for full-text reading, resulting in 12 articles published between 2013 and 2023, including three qualitative, eight quantitative, and one mixed-method study. Two chapters from gray literature books were included to complement the sample, resulting in a total of 14 studies addressing the topic. The findings from the scoping review served as the theoretical framework for developing the discharge plan. After obtaining informed consent via a Google Form, the plan was sent via email to a panel of 13 expert judges in the field of gerontological/neurological nursing, who evaluated the clarity, theoretical relevance, and practical pertinence of the 60 content evaluation items using the Iramuteq software. Descriptive evaluation and the Content Validity Ratio index were employed. The clarity and theoretical relevance indicators ranged from 0.846 to 1.000. In terms of practical pertinence, all items had Content Validity Ratio values of 1.000, indicating adequacy. **Conclusion:** The scoping review highlighted a lack of knowledge regarding discharge protocols for individuals affected by stroke. There is a need for detailed approaches, emphasizing the establishment of individualized discharge plans and care. The content analysis of the scoping review, conducted using the Iramuteq software, revealed five categories, and the data were validated by 13 expert judges, with a Content Validity Ratio exceeding 0.846. The study demonstrated the urgency of care transition for elderly individuals after a stroke in the country, and it is the responsibility of nurses and their teams to develop this practice to enhance care and facilitate prompt rehabilitation. The importance of these practices is evident in the continuity of home care, aiming to reduce or eliminate potential sequelae. To contribute to the development and application at the hospital level, a discharge plan for elderly individuals after a stroke, transitioning from the hospital to the home, was proposed as a technical product.

Descriptors: Elderly, Stroke, Nursing, Geriatric Nursing, Hospital Discharge.

COÊLHO, Wender Gonçalves. **Plan de alta de enfermería para las personas adultas mayores posterior a un accidente cerebrovascular del hospital al domicilio.** 2024. 126 f. (Tesis) Programa de Maestría Profesional en Gerontología – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMEN

Introducción: El accidente cerebrovascular es una enfermedad que se ubica como la segunda causa principal de muerte en todo el mundo y la principal causa de discapacidad, con una de cada cuatro personas experimentando esta complicación en algún momento de sus vidas. Es más prevalente en la población anciana, que a menudo requiere hospitalización. Las readmisiones son costosas e indeseables, y las personas mayores son más vulnerables a la hospitalización, lo que requiere cuidados transicionales para mantener la continuidad del cuidado. Por lo tanto, es crucial contar con un Modelo de Transición de Cuidados para lograr una transferencia fluida del cuidado desde el hospital al hogar. **Objetivo:** Describir la transición de cuidados de las personas mayores después de un accidente cerebrovascular desde el hospital hasta el hogar. **Método:** El estudio se llevó a cabo en tres etapas: la primera etapa involucró un plan de revisión del alcance siguiendo la metodología recomendada por el Instituto Joanna Briggs. Se utilizó la estrategia de Población, Concepto y Contexto para buscar en las bases de datos. La segunda etapa consistió en un estudio metodológico para desarrollar un plan de alta de enfermería para la transición de cuidados de las personas mayores después de un accidente cerebrovascular desde el hospital hasta el hogar, y la tercera etapa involucró la validación del plan de alta. El análisis incluyó análisis descriptivos y de similitud, utilizando nubes de palabras y el índice de Validez de Contenido. **Resultados:** De los 1.378 estudios, se seleccionaron 30 para su lectura completa, lo que resultó en 12 artículos publicados entre 2013 y 2023, incluyendo tres estudios cualitativos, ocho cuantitativos y uno mixto. Se incluyeron dos capítulos de libros de literatura gris para complementar la muestra, lo que resultó en un total de 14 estudios que abordan el tema. Los hallazgos de la revisión del alcance sirvieron como marco teórico para desarrollar el plan de alta. Después de obtener el consentimiento informado a través de un formulario de Google, el plan se envió por correo electrónico a un panel de 13 jueces expertos en el campo de enfermería gerontológica/neurológica, quienes evaluaron la claridad, relevancia teórica y pertinencia práctica de los 60 elementos de evaluación de contenido utilizando el software Iramuteq. Se empleó una evaluación descriptiva y el índice de Validez de Contenido. Los indicadores de claridad y relevancia teórica variaron de 0,846 a 1,000. En cuanto a la pertinencia práctica, todos los elementos tuvieron valores de índice de Validez de Contenido de 1,000, lo que indica adecuación. **Conclusión:** La revisión del alcance destacó la falta de conocimiento sobre protocolos de alta para personas afectadas por accidentes cerebrovasculares. Existe una necesidad de enfoques detallados, enfatizando el establecimiento de planes de alta y cuidados individualizados. El análisis de contenido de la revisión del alcance, realizado utilizando el software Iramuteq, reveló cinco categorías, y los datos fueron validados por 13 jueces expertos, con un índice de Validez de Contenido superior a 0,846. El estudio demostró la urgencia de la transición de cuidados para las personas mayores después de un accidente cerebrovascular en el país, y es responsabilidad de las enfermeras y sus equipos desarrollar esta práctica para mejorar el cuidado y facilitar la pronta rehabilitación. La importancia de estas prácticas es evidente en la continuidad de la atención domiciliar, con el objetivo de reducir o eliminar posibles secuelas. Para contribuir al desarrollo y aplicación a nivel hospitalario, se propuso como producto técnico un plan de alta para personas mayores después de un accidente cerebrovascular, en transición desde el hospital hasta el hogar.

Palabras clave: Ancianos, ictus, enfermería, enfermería geriátrica, alta hospitalaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Acrônimos PCC com os descritores controlados e sinônimos	32
Quadro 2 - Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Barra do Garças, MT, 2023	33
Quadro 3 - Critérios para a composição do comitê de especialistas, de acordo com Fehring (1987). Barra do Garça, Mato Grosso, 2023	42
Quadro 4 - Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023	48
Quadro 5 - Caracterização dos registros incluídos por autor, informações sobre a obra, principais dados da transição do cuidado, nos artigos de literatura cinzenta. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023 (n=02)	58
Quadro 6 - Recomendações para a transição do cuidado da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio recomendados nos estudos. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023	60
Quadro 7 - Critérios de Fehring e pontuação dos enfermeiros especialistas que participaram da validação de conteúdo Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024	69
Quadro 8 - Indicadores de critérios quanto à clareza dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024	71
Quadro 9 - Indicadores de critérios quanto à relevância teórica dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024	74
Quadro 10 - Indicadores de critérios quanto à pertinência prática dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024	77
Quadro 11 - Descrição do plano de alta de acordo com a validação dos 13 juízes, Barra do Garças, Mato Grosso, 2024	80
Quadro 12 - Proposta do protocolo para o plano de alta com os quatro domínios de transição de cuidado da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024. Etapa 2	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores críticos da Content Validity Ratio (CVR) de acordo com o número de especialistas. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023 44

Tabela 2 - Característica dos juízes participantes do estudo. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023/2024 (n=13) 66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do estado de Mato Grosso/Barra do Garças, 2023	39
Figura 2 - Proposta de Modelo de cuidado ao idoso após AVC	40
Figura 3 - Fluxograma PRISMA-ScR* utilizado para identificação e seleção dos estudos. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023	47
Figura 4 - Dendograma fornecida pelo software IRAMUTEQ. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023	62
Figura 5 - Árvore máxima de palavras retiradas da revisão de escopo. João Pessoa, PB. 2023	64
Figura 6 - Nuvem de palavras retiradas revisão de escopo. João Pessoa, PB. 2023	65

LISTA DE ABREVIATURASE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
JB I	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analyses
PRISMA- ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
QCRI	<i>Rayyan do Qatar Computing Research Institute</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Domínios envolvidos nos cuidados transitórios e o enfermeiro como ponto focal nos cuidados transitórios	23
2.2 Produção de manuais e/ou planos para os cuidados transitórios	28
2.3 Evidências científicas sobre a transição do cuidado da pessoa idosa pós-Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1 Tipo de Estudo	51
3.2 Etapas do Estudo	51
3.3 Local da Pesquisa	57
3.4 População e Amostra	58
3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coletas de Dados	59
3.6 Análise dos dados	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1 Validação por especialistas do plano de alta	64
4.2 Protocolo para o plano de alta com os quatro domínios de transição de cuidado da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio	91
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	105
ANEXO	122

APRESENTAÇÃO

A minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba é uma oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos na área de Gerontologia e desenvolver as habilidades para atuar profissionalmente no cuidado e na promoção da saúde da pessoa idosa.

A motivação principal para ingressar em um Programa de Pós-graduação em Gerontologia está relacionada a diversos interesses pessoais, tais como: cuidar de idosos, buscar novos conhecimentos, ampliar novas oportunidades de trabalho e melhorar meu desenvolvimento profissional, pois essa pós-graduação pode me proporcionar o desenvolvimento de competências para a liderança, gestão, pesquisa e ensino, contribuindo amplamente para o meu desenvolvimento profissional.

Assim, o texto encontra-se estruturado com a introdução que apresenta o tema da dissertação contextualizado, apresentando o problema a ser discutido e fornecendo, ao leitor, uma visão geral do assunto.

Em seguida, são apresentados os objetivos geral e específico do trabalho. O referencial teórico é a parte central do texto, no qual estão apresentadas e em que são discutidas as ideias e argumentos que sustentam essa dissertação, tais como: domínios envolvidos no cuidado transicional; o enfermeiro como ponto focal nos cuidados transicionais; produção de manuais e/ou planos para os cuidados transitórios.

O método está construído e aborda cada etapa percorrida para o desenvolvimento da presente pesquisa. No entanto, os resultados, a discussão dos dados e a conclusão ainda serão construídos posteriormente. Em uma última página, encontram-se as referências que foram utilizadas no decorrer do texto, bem como apêndices.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são um conjunto de enfermidades multifatoriais com longos períodos de latência e duração prolongada, que têm origem não infecciosa (SANTOS; PORTO, 2018). Entre essas doenças, as mais comuns são as respiratórias (asma, DPOC), cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, câncer, depressão, artrite, Acidente Vascular Cerebral, e insuficiência renal crônica. Elas representam pelo menos 70% de todas as causas de morte e incapacidade, constituindo um importante problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento (BARBOSA, 2022).

A incidência e prevalência das doenças crônicas são significativamente aumentadas pela exposição a fatores de risco, que podem ser modificáveis ou não. Entre os fatores modificáveis estão a obesidade, o diabetes tipo II, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, o sedentarismo e o estresse. Já os fatores não modificáveis incluem a herança genética, o sexo, a etnia e a idade, sendo este último o mais relevante devido à relação direta entre o envelhecimento e o aumento do risco de desenvolver doenças crônicas (BARBOSA, 2022).

Percebe-se, por meio desse entendimento, que alguns fatores de risco estão bem estabelecidos nos últimos anos, o que torna necessárias ações no âmbito das estratégias de prevenção e promoção de saúde, com ênfase em estimular alterações em fatores modificáveis, a fim de prevenir danos (MELO et al., 2019; SCHMIDT, 2019). Além dos fatores de risco já delineados, crescem-se as diferenças demográficas, sociais e econômicas da população, com potencial para gerar diferentes padrões de mortalidade e morbidade por DCNT.

O Brasil, assim como outros países em vias de desenvolvimento, tem passado por um período de transição demográfica e epidemiológica, resultado da diminuição da taxa de fecundidade e consequente aumento da expectativa de vida, o que impactou diretamente nas causas de mortalidade por doenças crônicas (MELO et al., 2019). Nesse momento de transição para as DCNT, o país tem apresentado aumento significativo no número de casos, fato que anteriormente não era constatado (PIMENTEL; FILHA VAVS, 2019).

Nessa vertente, destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC) como uma das principais consequências dos fatores de risco relacionados às doenças crônicas cardiovasculares (ARAÚJO et al., 2018; PIMENTEL; FILHA VAVS, 2019). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição de origem vascular caracterizada por uma disfunção neurológica aguda, resultante da morte das células cerebrais devido à falta de adequado suprimento sanguíneo, o

que leva a uma privação de oxigênio e nutrientes. Essa condição pode ser classificada em dois tipos principais: o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), que pode se apresentar de forma lacunar, aterosclerótica ou embólica, e o AVC hemorrágico (AVCH), que pode se manifestar como hemorragia intracerebral ou subaracnóidea (SILVA; MELO; DUARTE; BORGES, 2019).

O AVC é uma das principais causas de morte em todo o mundo e a principal causa de incapacidade, afetando uma em cada quatro pessoas ao longo da vida. No Brasil, é uma das principais causas de incapacidade e a segunda principal causa de morte, sendo ainda mais prevalente quando associada às doenças crônicas não transmissíveis já estabelecidas (SCHMIDT, 2019).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019, no Brasil, foram registradas 1.102.486 internações decorrentes de problemas do aparelho circulatório, das quais cerca de 20% (220.497,2) estavam relacionadas ao AVC, sendo responsável por 10% do número de óbitos (22.049,72) (LOBO et al., 2021). Essa enfermidade está muito presente em todo o mundo e é responsável por gerar sequelas e incapacidades que comprometem irreversivelmente o estilo de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Dentre as DCNT, o AVC apresenta grande potencial de comprometer a vida diária das pessoas, uma vez que traz sequelas e incapacidades que afetam a vida. Entende-se aqui como estilo de vida os modos e práticas habituais de viver, que incluem uma ampla gama de atributos.

De acordo com o Portal da Transparência do Centro de Registro Civil (CRC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, o AVC liderou as causas de morte no Brasil entre 2019 e 2023 – 2019: 103.769 mortes; 2020: 104.847 mortes; 2021: 109.431 mortes; 2022: 115.090 mortes; 2023: 110.818 mortes – superando o infarto. Em 2020, o SIM registrou 99.010 mortes por AVC, incluindo: AVC isquêmico (infarto cerebral); AVC hemorrágico; Hemorragia subaracnoidea; AVC não especificado. O custo médio das consequências de um AVC por pessoa/ano é de R\$ 134 mil no Brasil (MIRANDA et al., 2024).

Contrariando a tendência global, o AVC no Brasil supera o infarto como principal causa de morte. Em pesquisa realizada por Rolim et al. (2020), ocorrem cerca de 15 milhões de casos de AVC a cada ano no mundo, e destes, 5 milhões (33,33%) resultam em morte e outros 5 milhões em incapacidades permanentes. O AVC é mais comum em idosos devido ao envelhecimento natural do corpo, que pode levar a condições de saúde que aumentam o risco de AVC, como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes e fibrilação atrial (ENCARNAÇÃO et al., 2021). Além disso, os idosos são mais propensos a ter um estilo de vida sedentário, uma

dieta inadequada e outros fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de um AVC (SANTOS; WATERS, 2020).

A maioria dos pacientes que sobrevive às sequelas do AVC enfrenta algum grau de comprometimento funcional, o que afeta significativamente a qualidade de vida não apenas do paciente, mas também de seus familiares. Esse impacto tem repercussões nos sistemas de saúde e de seguridade social (SILVA et al., 2019).

O processo de recuperação da pessoa pós-AVC pode ser desafiador para os idosos, pois pode haver limitações físicas e cognitivas que dificultam a reabilitação. O tratamento para complicações e deficiências decorrentes do AVC depende do tipo e da gravidade do derrame cerebral, mas pode incluir terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e medicação para controlar a pressão arterial e prevenir novos AVCs. É importante que os idosos recebam um tratamento precoce e adequado para aumentar as chances de recuperação. Com isso, torna-se fundamental um cuidado conjunto entre a equipe de saúde, o idoso e a família (SANTOS et al., 2023).

Após receber alta hospitalar, o paciente muitas vezes requer cuidados específicos que normalmente são realizados por um cuidador, frequentemente informal e sem treinamento prévio. Geralmente, esse cuidador é um membro da família próximo ao paciente, como cônjuge ou filho, desempenhando um papel crucial no atendimento das necessidades básicas e no processo de reabilitação (SANTOS; RIBEIRO, 2021).

Ao retornar para casa após a alta hospitalar, o cuidado prestado ao idoso com complicações do AVC é diferente do recebido no hospital, marcando a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar (SILVA et al., 2019). “Comumente o cuidador não recebe um treinamento no que diz respeito às novas necessidades básicas do idoso acometido por AVC” (SANTOS; RIBEIRO, 2021, p. 12).

É no momento de transição do idoso para casa que deveria haver um plano de alta hospitalar por parte da enfermagem, uma preparação dos familiares e/ou cuidadores treinados para dar a melhor assistência ao paciente vitimado pelo AVC (RODRIGUES et al., 2013). Dessa forma, inúmeras reinternações poderiam ser evitadas, diminuindo assim as comorbidades, incapacidades e a mortalidade, considerando que os idosos mais frágeis estão vulneráveis à hospitalização e os cuidados de transição são necessários para manter a continuidade do cuidado. No entanto, há poucos estudos sobre os cuidados transicionais com foco na fragilidade (LEE; YANG; CHO, 2022).

Nessa direção, torna-se fundamental que as transições de cuidado sejam estabelecidas para garantir os aspectos clínicos da transferência de cuidado e outros fatores, como os pontos de vista, experiências e necessidades do paciente, família e cuidadores.

A transição de cuidados refere-se a um conjunto de medidas que visam garantir a coordenação e a continuidade dos serviços de saúde e cuidados à medida que os pacientes são transferidos entre diferentes locais ou níveis de atendimento dentro do mesmo local. Esses locais podem incluir o domicílio, instituições de longa permanência, entre outros (BERNARDINO et al., 2021).

Os cuidados de transição são baseados em um plano abrangente de cuidados e na disponibilidade de profissionais de saúde que são bem treinados em cuidados crônicos e têm informações atuais sobre os objetivos, preferências e estado clínico do paciente. Incluem arranjos logísticos, educação do paciente, família, cuidadores e coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição (RENNKE; RANJI, 2015; WEBER et al., 2017).

Portanto, a recuperação da doença e do autocuidado, envolvendo mudanças nas habilidades funcionais e na imagem corporal do sobrevivente de AVC, requer que a equipe de saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, entre outros) tenha conhecimento especializado e estratégias eficazes para a atenção domiciliar. Isso garante orientações adequadas tanto para os cuidadores quanto para a pessoa afetada pelo AVC, que enfrentam uma nova realidade domiciliar após a alta hospitalar (FARZAN, 1991; RODRIGUES et al., 2013; SANTOS; RIBEIRO, 2021).

O cuidado transicional da pessoa idosa pós-AVC é um processo complexo que requer uma abordagem integrada e centrada no paciente. Uma transição segura e eficaz pode melhorar a qualidade de vida do paciente e promover uma recuperação mais rápida e efetiva (MARKLE-REID et al., 2020).

Entre as etapas do processo de transição do cuidado está o planejamento da alta de enfermagem, uma etapa crucial para garantir que o paciente receba cuidados de qualidade e alcance uma recuperação bem-sucedida. Ele deve ser personalizado para atender às necessidades individuais do paciente e ser criado em colaboração com o paciente e sua família para garantir que suas necessidades e objetivos sejam atendidos (MILLER; LIN; NEVILLE, 2019).

Assim, o plano de cuidado transicional da pessoa idosa deve incluir as seguintes etapas: identificação dos pacientes elegíveis, avaliação multidisciplinar, desenvolvimento do plano de cuidados, preparação do ambiente domiciliar, treinamento dos cuidadores, acompanhamento e monitoramento (MILLER; LIN; NEVILLE, 2019; GRAY et al., 2020).

Na identificação dos pacientes elegíveis, os pacientes idosos que tiveram um AVC e que serão transferidos do hospital para o domicílio devem ser identificados para participar do plano de cuidado transicional (MILLER; LIN; NEVILLE, 2019).

A avaliação multidisciplinar envolve uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e assistentes sociais, que devem avaliar o paciente antes da alta hospitalar. A avaliação deve incluir uma avaliação física, cognitiva e emocional para identificar as necessidades específicas do paciente (MILLER; LIN; NEVILLE, 2019).

O desenvolvimento do plano de cuidados tem que ser com base na avaliação multidisciplinar, deve ser desenvolvido um plano de cuidados individualizado para cada paciente. O plano de cuidados deve incluir o manejo das condições de saúde subjacentes, cuidados com a pele, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, orientações para cuidados domiciliares e gerenciamento de medicamentos (GRAY et al., 2020).

Igualmente, a preparação do ambiente domiciliar deve ser realizada antes da alta hospitalar, o ambiente domiciliar precisa estar preparado para garantir a segurança e acessibilidade do paciente. Isso inclui a remoção de obstáculos, instalação de barras de apoio no banheiro, fornecimento de equipamentos de mobilidade e garantia de que os móveis estejam posicionados de forma a facilitar a locomoção do paciente (GRAY et al., 2020).

Os familiares ou cuidadores que irão auxiliar o paciente após a alta hospitalar devem receber treinamento específico sobre os cuidados com o paciente, incluindo a administração de medicamentos, técnicas de mobilidade e alimentação. É importante que o cuidador esteja preparado para lidar com situações de emergência e saiba como agir em caso de mudanças na condição do paciente (GRAY et al., 2020).

Referente ao acompanhamento e monitoramento após a alta hospitalar, o paciente deve ser acompanhado regularmente pela equipe de cuidados domiciliares e pelos profissionais de saúde que participaram da avaliação multidisciplinar. É importante monitorar a evolução do paciente, avaliar os resultados das terapias realizadas e ajustar o plano de cuidados, se necessário (GRAY et al., 2020).

Portanto, o plano de alta da enfermagem e/ou alta hospitalar da pessoa idosa é uma abordagem sistematizada e padronizada que visa promover uma transição segura e eficaz do hospital para o domicílio pós-AVC. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir o risco de complicações e readmissões hospitalares e promover uma recuperação mais rápida e efetiva (MILLER; LIN; NEVILLE, 2019; GRAY et al., 2020).

Nesse sentido, as questões que envolvem as transições de cuidado aos pacientes com AVC são preeminentes e urgentes dentro dos serviços de saúde, uma vez que tais ações são parte integrante da integralidade do Sistema Único de Saúde.

No entanto, a escassez de estudos sobre esse tema na literatura colabora para a importância de realização de novas pesquisas. Igualmente, essas pesquisas podem fornecer informações valiosas para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, evidenciando a necessidade de desenvolver um plano de alta específico para idosos após um AVC, levando em consideração a transição do hospital para a residência.

- A proposta é iniciar esse plano a partir da alta hospitalar, centrado na avaliação visando identificar as necessidades e oferecer o cuidado de acordo com cada contexto. A proposta do plano é que o enfermeiro elabore, discutindo com a equipe de cuidados do hospital e encaminhando a família e a Unidade de Saúde que atende a pessoa idosa, formando assim uma rede de cuidado.
- Assim, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: Quais são as recomendações descritas nas evidências científicas sobre a transição do cuidado do hospital para o domicílio de pessoas idosas no pós-AVC?
- Os objetivos desse estudo são:
- Descrever a transição do cuidado da pessoa idosa pós-Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio.
- Mapear as publicações que abordam a transição do cuidado da pessoa idosa pós-Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio.
- Elaborar um plano de alta de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa pós-Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Domínios envolvidos nos cuidados transitórios e o enfermeiro como ponto focal nos cuidados transitórios

As readmissões são onerosas e indesejáveis, e um indicador que sugere que os cuidados são de má qualidade e que os hospitais são capazes de reduzi-las, melhorando assim o atendimento e reduzindo os custos (BURKE et al., 2013). Segundo Cardoso et al. (2022), a escassez de pessoas devidamente treinadas, a falta de demanda e a falta de recursos humanos para a reabilitação constituem um grave gargalo estratégico para o desenvolvimento eficiente da continuidade do cuidado na comunidade.

Um estudo realizado com 72 enfermeiros no Brasil, em unidades de internação clínica de instituições hospitalares, revelou que existem dificuldades em realizar a transição do cuidado. Os participantes destacaram as fragilidades nas pactuações entre os serviços de saúde para encaminhar os pacientes do hospital para a atenção primária à saúde (90,3%); as dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde para desenvolver a transição do cuidado dos pacientes com alta hospitalar (88,8%); e a falta de formação em serviço para capacitar os profissionais a realizar atividades de transição do cuidado de pacientes com alta hospitalar para o domicílio (86,1%). Apesar dessas fragilidades, os enfermeiros realizavam orientações de cuidados durante a internação relacionados aos dispositivos médicos (81,9%), cuidados na administração de medicamentos (78,9%) e cuidados com a alimentação (70,8%) (ACOSTA et al., 2018).

Ainda no contexto brasileiro, Santos (2017) definiu em sua pesquisa os domínios que abrangem as atividades de cuidado comumente realizadas pelo cuidador familiar, aquelas em que os cuidadores necessitam de orientações e apoio dos profissionais de saúde para realizar de forma adequada, e aspectos relacionados tanto ao idoso que sofreu AVC quanto ao seu cuidador. Esses domínios englobaram tanto as atividades de autocuidado quanto aspectos relacionados à rede de atenção à saúde, suporte emocional e orientações sobre a doença. A versão preliminar do plano incluiu 12 domínios considerados os mais relevantes para orientar os cuidadores familiares de idosos após AVC em seu cotidiano, tais como: orientações sobre o AVC; suporte emocional; utilização da rede de atenção à saúde; alimentação; vias aéreas; medicações; higiene; cuidado com a pele; eliminações; vestir/despir; posicionamento e transferência; e prevenção de quedas.

Um estudo de revisão sistemática teve como objetivo identificar e resumir os componentes do Modelo de Atenção Transitória implementado com pacientes geriátricos, e reconhecer o papel

e o impacto dos componentes do Modelo de Cuidados Transitórios na redução da taxa de readmissão na transição do cuidado do hospital para a habitação. O estudo mostrou em três ensaios clínicos randomizados com amostra ≥ 50 participantes por grupo num período de intervenção ≥ 30 dias. No primeiro estudo, houve uma redução da taxa de readmissão, com diferença significativa entre o grupo controle (42,1%) e o grupo intervenção (28,9%) (IC 95%: 2,1 a 24,3, tamanho de diferença percentual: -31,3%, $p = 0,03$). Também houve maior ocorrência de reinternações múltiplas no grupo controle (16,4%) do que no grupo de intervenção (6,3%) ($p = 0,001$). Foi identificado que mesmo após 9 meses da alta hospitalar, houve redução da reinternação no grupo de intervenção em relação ao controle (80 vs. 57, $p = 0,08$) (MORKISCH et al., 2020).

No entanto, no segundo estudo analisado por Morkisch et al. (2020), não houve diferenças estatisticamente relevantes entre a porcentagem de readmissão de ambos os grupos em três meses de estudo (MORKISCH et al., 2020). O terceiro estudo descrito por Morkisch et al. (2020) analisou idosos após internação durante 12 meses e encontrou diferenças significativas na porcentagem de reinternações aos 2 meses (grupo controle: 25,0% vs grupo intervenção: 11,4%, tamanho da diferença percentual: -54,4%, $p = 0,041$) e 6 meses (grupo controle: 42,2% vs grupo intervenção: 24,3%, tamanho da diferença percentual: -42,4%, $p = 0,028$). Ambos os estudos realizaram visitas domiciliares agendadas no acompanhamento pós-alta; essas visitas eram planejadas para serem executadas dentro de 48 horas após a alta hospitalar, mas, na maioria das vezes, foram realizadas em 24 horas (MORKISCH et al., 2020).

Importante destacar que um estudo propôs os principais componentes e ações necessários para o cuidado transicional durante uma transição ideal nos cuidados, com dez domínios: planejamento de alta; comunicação completa de informações; disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações; segurança de medicamentos; educação dos pacientes, promovendo o autogerenciamento; solicitar ajuda de suportes sociais e comunitários; planejamento avançado de cuidados; coordenação de cuidados entre os membros da equipe; monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta; acompanhamento com provedor ambulatorial (BURKE et al., 2013).

Esses domínios são componentes de uma “ponte” que o paciente atravessa de um ambiente de cuidado para outro durante uma transição de cuidado (BURKE et al., 2013; RENNKE; RANJI, 2015). Por essa lógica, quando falta um domínio, a ponte se torna mais fraca e propensa a lacunas nos cuidados, resultando em maus resultados. Ou seja, quanto mais componentes estiverem faltando, menos segura é a “ponte” ou transição. Os domínios que ocorrem principalmente antes da alta são colocados mais perto do “lado do hospital” da ponte,

aqueles que ocorrem principalmente após a alta são colocados mais perto do “lado comunitário” da “ponte”, enquanto aqueles que ocorrem antes e depois da alta estão no meio da “ponte” (RENNKE; RANJI, 2015).

Para uma transição ideal no cuidado, existem vários componentes importantes de uma transição segura nos cuidados, incluindo comunicação de informações, educação do paciente, envolvimento e apoio de agentes sociais e comunitários, garantia da continuidade do cuidado e coordenação do cuidado entre os membros da equipe (BURKE et al., 2013; BURKE et al., 2014).

O domínio planejamento de alta envolve o importante princípio de planejar com antecedência para a alta hospitalar enquanto o paciente ainda está sendo tratado no hospital. A comunicação completa de informações refere-se ao conteúdo que deve ser incluído nos resumos de alta e outros meios de transferência de informações do hospital para os cuidados pós-alta, levando em consideração as informações solicitadas pela atenção primária (BURKE et al., 2013). A disponibilidade, pontualidade, clareza e organização dessas informações são tão importantes quanto o conteúdo, pois os provedores de pós-alta devem ser capazes de acessar e entender rapidamente as informações que receberam antes de assumir o cuidado do paciente (NUNES; QUEIRÓS, 2017).

O domínio segurança de medicação é de importância central, pois os medicamentos são responsáveis pela maioria dos eventos adversos pós-alta. O domínio da educação ao paciente e promoção da autogestão envolve o ensino aos pacientes e seus cuidadores sobre os principais diagnósticos hospitalares e orientações para o autocuidado, incluindo mudanças na medicação, compromissos e quem contatar em caso de problemas (BURKE et al., 2013). Igualmente, contar com a ajuda do apoio social e comunitário é um complemento importante para o tratamento de saúde. O domínio do planejamento avançado de cuidados pode começar no ambiente hospitalar ou ambulatorial e envolve o estabelecimento de metas de cuidados e procuradores de cuidados de saúde, bem como o envolvimento com os serviços de saúde. É necessário prestar atenção ao domínio da coordenação de cuidados entre os membros da equipe para sincronizar esforços entre configurações e provedores.

O domínio da monitorização e gestão de sintomas após a alta é cada vez mais crucial devido à compreensão crescente das razões para readmissão, especialmente entre pacientes com condições frágeis. Por fim, o acompanhamento ambulatorial ideal com profissionais pós-alta adequados é crucial para fornecer transições ideais (BURKE et al., 2013).

Os domínios mais comuns abordados nos estudos analisados por Burke et al. (2014) focaram no monitoramento de pacientes após a alta, na educação do paciente e na coordenação do cuidado. A segmentação de domínios aprimorados da comunicação com provedores

ambulatoriais, a provisão de planejamento avançado de cuidados e a garantia de segurança de medicamentos raramente foram incluídas. Aumentar o número de domínios incluídos em uma determinada intervenção aumenta significativamente o sucesso na redução de reinternações, mesmo quando ajustado para qualidade, duração e tamanho. Os domínios individuais mais associados à redução de reinternações foram o monitoramento e gerenciamento, a solicitação de ajuda de suporte social e comunitário e a educação dos pacientes para promover a autogestão (BURKE et al., 2013; BURKE et al., 2014).

Assim, os autores fornecem descrições do conteúdo principal para cada um desses domínios, bem como orientações sobre qual pessoal pode estar envolvido e onde no processo de transição cada domínio deve ser implementado pela equipe (BURKE et al., 2013; BURKE et al., 2014). Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel essencial nessa transição do cuidado individualizado para estabelecer metas de recuperação do paciente com AVC.

O profissional mais envolvido no processo de alta hospitalar de pacientes acometidos por AVC e na transição de cuidado é o enfermeiro, principalmente em relação à comunicação e envolvimento dos pacientes e cuidadores (OLIVEIRA et al., 2017; MORO, 2019; SEEGER et al., 2020; CAMICIA et al., 2020). No que diz respeito às atividades dos enfermeiros, Weber et al. (2017) mencionam em seus estudos que estas podem ser classificadas em cinco categorias: planejamento de cuidados para a alta; auxílio na reabilitação social; educação em saúde; articulação com os demais serviços; e acompanhamento pós-alta.

No que se refere ao planejamento de cuidados para a alta, é fundamental que o enfermeiro elabore em conjunto com o paciente, familiar e equipe multiprofissional, abordando informações sobre a história pregressa, diagnósticos prévios, avaliação da condição psicossocial, condições financeiras e de moradia, modo de administração das medicações e acompanhamento após a alta (WEBER et al., 2017). Destaca-se a necessidade do enfermeiro conhecer o contexto socioambiental, econômico e de apoio ao idoso com AVC para o planejamento direcionado a cada condição.

Quanto ao auxílio na reabilitação social, o enfermeiro deve considerar os aspectos que possam auxiliar ou dificultar a recuperação, como as condições físicas, sociais, psicológicas e motivacionais do paciente e da família. Por isso, é importante que a abordagem seja centrada na interação entre família e comunidade, na promoção de atitudes positivas, na aceitação e adaptação da doença nas atividades de vida diária, reduzindo a sensação de abandono e propiciando expectativas favoráveis à reabilitação (WEBER et al., 2017; CARDOSO et al., 2022).

Nesse sentido, o estudo de Rodrigues et al. (2013), dentro do contexto cultural do Brasil, avaliou 20 participantes, sendo 10 pessoas idosas que sofreram AVC e 10 de seus cuidadores, tendo como ideia central a transição do cuidado e propondo um Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC.

Chama a atenção o fato de que os enfermeiros realizam continuamente a educação em saúde em diversas áreas, abordando mudanças na dieta e possíveis restrições alimentares, realização de exercícios físicos, uso correto das medicações, como dosagem, frequência de administração e horários, interações dos medicamentos de uso contínuo, reconhecimento de sinais e sintomas da doença em curso e autocuidado no domicílio (RODRIGUES et al., 2013; RENNKE; RANJI, 2015; WEBER et al., 2017).

Sobre a atividade exercida pelo enfermeiro no que diz respeito à articulação com os demais serviços, esta quase sempre é feita por meio de notificações aos serviços de referência, mas percebe-se que existem falhas na comunicação junto à atenção primária. Geralmente, poucos são os profissionais que entraram em contato via telefone, bem como fizeram uma visita domiciliar com o plano de alta após a alta, de modo a organizar a articulação entre os serviços (WEBER et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

A falta de comunicação demonstrou ser claramente prejudicial, o que pode afetar as transições de cuidados pós-alta (SNOW et al., 2009). Assim, o acompanhamento pós-alta é prejudicado, considerando a falta de comunicação, as poucas ligações telefônicas, visitas domiciliares, entre outras orientações que seriam fundamentais no pós-alta (WEBER et al., 2017).

Um estudo demonstrou a efetividade da intervenção por meio de intervenções educativas de enfermagem no domicílio, pois os participantes da pesquisa do grupo intervenção apresentaram maior utilização do serviço ambulatorial hospitalar. Isso foi indicativo de vínculo desse grupo com o serviço preconizado para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. No entanto, chama a atenção para a necessidade de uma maior integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, a partir de um sistema de referência e contrarreferência efetivo, que promova a comunicação entre os profissionais que atuam nos diferentes serviços de saúde e, assim, atenda às necessidades do idoso com AVC e suas famílias após a alta hospitalar e retorno ao domicílio (BIERHALS et al., 2020).

Portanto, para que haja maior efetividade no atendimento aos idosos após AVC, é recomendado que os enfermeiros produzam manuais educativos e/ou planos de atendimentos para os idosos em cuidados de transição e que os serviços de saúde efetivem o sistema de referência e contrarreferência, com o uso de materiais educativos.

2.2 Produção de manuais e/ou planos para os cuidados transitórios

Os cuidadores desempenham um papel fundamental na capacidade do paciente de voltar para casa após um AVC. É fundamental que os enfermeiros e outros provedores avaliem adequadamente as necessidades dos cuidadores e incorporem a educação, preparação e apoio para o cuidador durante a transição da vida institucional e configuração para a comunidade (CAMICIA et al., 2020).

Os manuais e os planos são dois objetos diferentes usados em diversas áreas, incluindo a área da saúde. Embora ambos sejam usados para padronizar procedimentos e orientar ações, eles apresentam diferenças significativas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Nessa direção, um manual é um documento que contém informações detalhadas e abrangentes sobre um determinado tema, processo ou procedimento. Por outro lado, um plano é um documento que define uma série de etapas específicas e padronizadas a serem seguidas em um determinado processo ou procedimento. O objetivo do plano é estabelecer um conjunto de diretrizes claras e precisas para orientar a execução de tarefas repetitivas ou críticas. Em geral, os planos são criados para garantir a segurança e a consistência nos processos de atendimento à saúde. Um plano é mais conciso e específico do que um manual, pois se concentra apenas nas etapas necessárias para realizar uma tarefa específica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O plano de alta é um processo que determina o tipo de cuidado que os pacientes precisam depois de saírem do hospital. Os planos de alta podem ajudar a prevenir futuras reinternações e devem tornar a mudança do hospital para casa ou outra instalação o mais segura possível. Geralmente, o plano de alta é preparado pela equipe médica responsável pelo cuidado do paciente, que avalia o estado de saúde dele e decide o momento adequado para a liberação. O plano também pode envolver a coordenação com outros profissionais de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, para garantir que o paciente tenha os cuidados adequados após a alta (RIGON et al., 2014).

Além disso, o plano de alta inclui informações sobre os medicamentos prescritos, as recomendações de cuidados domiciliares, como alimentação adequada, repouso e exercícios físicos, e as instruções sobre quaisquer restrições ou precauções que o paciente precise seguir durante o período de recuperação. O objetivo principal do plano de alta é garantir que o paciente receba alta hospitalar de forma segura e bem preparada, para que possa continuar seu processo de recuperação em casa ou em outro local de cuidados apropriados. Um adequado plano de alta pode contribuir para a prevenção de complicações e diminuição do índice de reinternações, além de promover aprimoramento na qualidade de vida do paciente (ACOSTA et al., 2020).

Assim, no presente estudo pretende-se propor um plano de alta hospitalar baseado em um plano, por ser mais conciso e específico, considerando que será usado como um conjunto de diretrizes a serem seguidas para a transição de cuidados entre os ambientes.

Estudos analisados por Snow et al. (2009) sobre a transição de cuidados entre os ambientes mostraram deficiências de segurança e qualidade. Em um estudo de coorte prospectivo, mostrou-se que um em cada cinco pacientes que recebe alta do hospital para casa experimenta no domicílio algum tipo de evento adverso, e 66% estão relacionados a medicamentos. Tais problemas seriam minimizados se houvesse naquela instituição um fluxograma, manuais ou planos que abordassem essas questões dos cuidados de transição.

Uma revisão sistemática mostrou que, nos 17 artigos revisados, ocorreram 31 componentes de intervenção, sendo os mais comuns: educação do paciente; chamadas telefônicas; avaliação das necessidades do paciente; visitas ao domicílio; educação da família; encaminhamento para outros serviços, dentre outros. Destaca-se que nenhum estudo descreveu as intervenções do ponto de vista cultural (OYESANYA et al., 2021).

As discrepâncias na medicação também mostraram ser prevalentes em um estudo observacional prospectivo, pois 14% dos pacientes idosos tinham uma ou mais discrepâncias de medicação e, entre estes, 100% foram re-hospitalizados em 30 dias, em comparação com 6% dos pacientes que não apresentaram discrepância de medicação (SNOW et al., 2009).

Para minimizar essas e outras discrepâncias, é fundamental a construção de manuais explicativos. Fuhrmann et al. (2021) construíram e validaram um manual educativo para cuidadores de pessoas idosas com AVC no contexto brasileiro. Este foi composto por 34 páginas e 41 imagens distribuídas em 11 áreas: o que é um acidente vascular cerebral (AVC)? Como prevenir um AVC; cuidando do cuidador; cuidados com alimentação; cuidados com traqueostomia; cuidados com medicamentos; cuidados com higiene; cuidados com eliminações; cuidados com a pele; cuidados para tirar e colocar a roupa; cuidados com o posicionamento e cuidados com o ambiente.

Pode ser utilizado pelas instituições que assistem essa população, por profissionais que atuam no ambiente hospitalar, preparando esses indivíduos para a alta hospitalar ou para o retorno à comunidade, e pelos serviços de atenção primária em saúde e atenção domiciliar.

Um plano educativo construído e validado no Brasil por Santos et al. (2020), composto por 12 domínios de cuidado, divididos em 42 itens que incluem mais de 240 orientações de cuidados direcionadas ao uso de enfermeiros com cuidadores familiares de idosos após AVC no domicílio. Esse instrumento prático forneceu subsídios aos profissionais de enfermagem na educação e assistência domiciliar, com orientações padronizadas e específicas a esta população.

Nessa direção, o enfermeiro é um dos profissionais mais habilitados para realizar educação em saúde, e deve usar suas habilidades como educador para realização de orientação para o cuidado no domicílio. Essas orientações devem ser usadas como estratégias para minimizar as dúvidas e dificuldades encontradas na nova realidade, visando ao cuidado permanente do paciente e o suporte ao cuidador após a alta hospitalar (MORO, 2019).

O Conselho Regional de Enfermagem São Paulo – COREN preconiza à equipe de enfermagem a construção de protocolos, os quais devem ser utilizados também na alta do paciente do hospital para o domicílio. Isso proporciona possibilidades para a avaliação do paciente e intervenções para o plano que a enfermagem desempenha de maneira independente e/ou compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde (PIMENTA et al., 2015).

Um protocolo para a alta é um documento que descreve detalhadamente uma situação específica de assistência ou cuidado, incluindo informações sobre o que deve ser feito, por quem e como. Ele orienta os profissionais nas decisões relacionadas à prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde, podendo incluir avaliações, diagnósticos, tratamentos e intervenções que a enfermagem realiza de forma independente ou em colaboração com outros profissionais de saúde (PIMENTA et al., 2015).

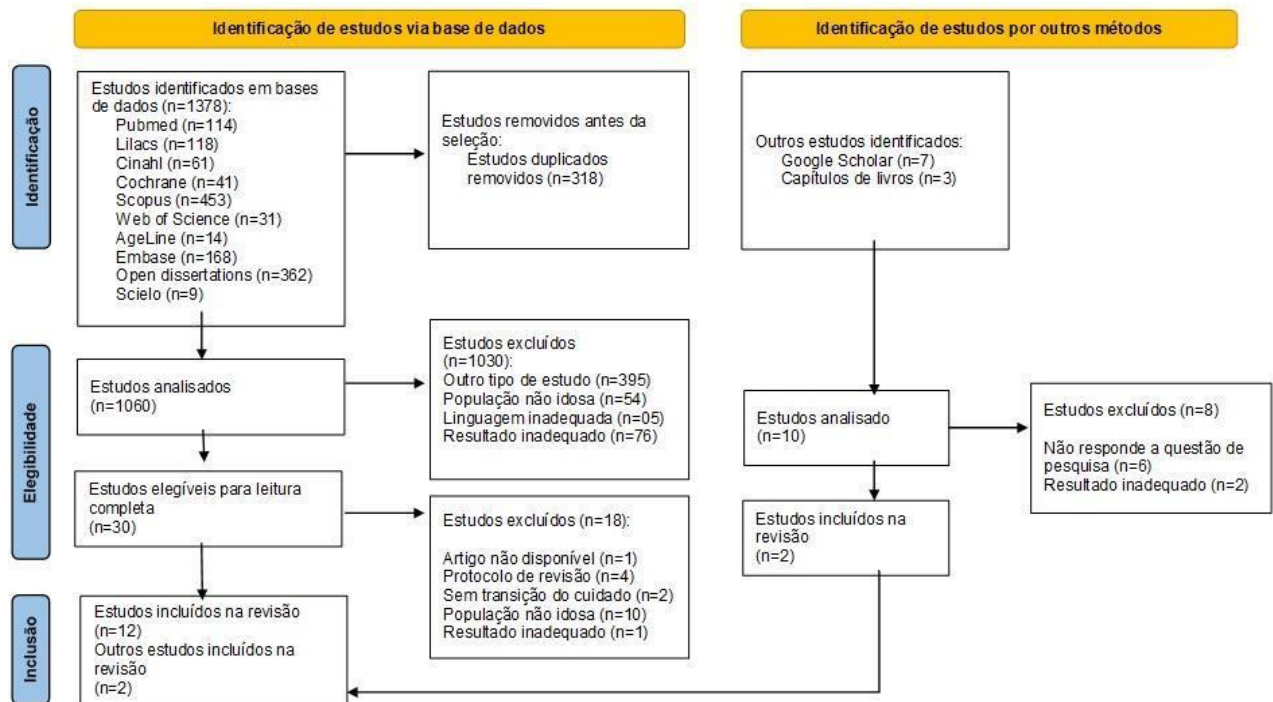
Os protocolos costumam conter vários procedimentos e têm o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, promover práticas baseadas em evidências, reduzir a variabilidade nas condutas da equipe de saúde, estabelecer limites de atuação e fomentar a cooperação entre os profissionais. São elaborados de acordo com os princípios da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções de cuidado disponíveis. Para construir e validar um protocolo, é importante definir claramente seu foco, a população-alvo, quem executará as ações, a estratégia de revisão da literatura e análise de evidências, além de descrever como será validado pelos pares, implementado e quais resultados são esperados (PIMENTA et al., 2015).

Portanto, é relevante, urgente e necessário construir planos, manuais, entre outros, para qualificar a transição do cuidado e o atendimento no domicílio, ampliando as ações de atenção à saúde dessa população, bem como estruturar uma rede de apoio. Esses planos podem prever ações de avaliação/diagnóstico ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde.

2.3 Evidências científicas sobre a transição do cuidado da pessoa idosa pós-Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio

Um total de 1.378 estudos foi identificado inicialmente, com 318 removidos devido a duplicações. Após a leitura dos títulos e resumos, 1.060 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 30 estudos considerados elegíveis para leitura completa. Durante a análise completa, 18 artigos foram excluídos devido à falta de dados completos relacionados à população e aos resultados. Após essa etapa, restaram 12 artigos e dois capítulos de livros que abordavam a temática e cumpriram todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos. O processo detalhado da pesquisa e seleção dos estudos desta revisão está descrito no fluxograma (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma PRISMA-ScR* utilizado para identificação e seleção dos estudos. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Em relação aos estudos selecionados, as publicações abrangeram os anos de 2013 a 2023, distribuídas da seguinte forma: um em 2013 (8,35%), um em 2016 (8,35%), dois em 2019 (16,65%), três em 2020 (25%), dois em 2021 (16,65%), dois em 2022 (16,65%), um em 2023 (8,35%). Dos 12 estudos incluídos, três adotaram a metodologia qualitativa (25%), oito eram quantitativos (66,66%) e um estudo era misto (qualitativo e quantitativo) (8,33%); a idade dos participantes dos estudos foi de 65 a 80 anos. A soma total da amostra dos estudos foi de n= 11.139 participantes.

No que diz respeito ao idioma, 10 estudos foram conduzidos em inglês (83,33%), enquanto dois foram realizados em português (16,66%). Quanto à origem dos estudos, os autores vieram de diversas regiões, sendo que quatro são dos Estados Unidos (33,33%), dois da Austrália (16,66%), dois do Brasil (16,66%), dois do Canadá (16,66%), um da África do Sul (8,33%) e um da Suécia (8,33%) (Quadro 4).

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023.

(Continua...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
RODRIGUES et al., 2013.	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral.	Estudo de caso etnográfico instrumental. A amostra foi constituída por 20 sujeitos, sendo 10 cuidadores e 10 idosos, com 65 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico de primeiro episódio de acidente vascular cerebral, capazes de se comunicarem, demandando cuidado de um cuidador principal na família.	Os resultados indicaram que a maioria dos cuidadores tinha pouco conhecimento sobre a doença e suas consequências, bem como sobre os cuidados necessários para o idoso após a alta hospitalar. Além disso, os cuidadores familiares relataram dificuldades em lidar com as demandas físicas e emocionais do idoso, bem como em se adaptar às mudanças no ambiente domiciliar para atender às necessidades do idoso. Os resultados também destacaram a importância da comunicação entre a equipe de saúde e o cuidador familiar do idoso para uma transição de cuidado adequada. A falta de comunicação clara e consistente foi identificada como um dos principais obstáculos para a transição do cuidado, dificultando a compreensão do cuidador sobre a condição do idoso e as instruções de cuidado.	O estudo revelou que a sobrecarga do cuidador foi um fator significativo na transição do cuidado, com muitos cuidadores relatando falta de tempo e de apoio emocional para lidar com as demandas do cuidado domiciliar. Destaca-se ainda a importância de uma abordagem mais abrangente e integrada que envolva a equipe de saúde, o cuidador e o idoso para garantir uma transição de cuidado bem-sucedida.	Os dados indicaram que o cuidado com o idoso, após o acidente vascular cerebral, é um desafio para a família. Os dados possibilitaram elaborar uma proposta de modelo para a organização do trabalho, visando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado, o que constitui avanço para a área da enfermagem.
CONDON et al., 2016.	Avaliar se um programa estruturado de transição de cuidados liderado por enfermeiros pode reduzir as readmissões hospitalares de pacientes após um AVC.	Ensaio clínico randomizado, que envolveu 247 pacientes com AVC que foram internados em um hospital e posteriormente encaminhados para casa. Os pacientes foram randomizados para receber o programa de transição de cuidados ou cuidados usuais. O programa consistiu em visitas domiciliares e contatos telefônicos regulares de uma equipe de enfermeiros especializados, que monitoraram os pacientes, forneceram suporte e educação para os pacientes e seus cuidadores.	Os principais resultados incluíram a redução de readmissões hospitalares no grupo de intervenção (13,4%) em comparação com o grupo controle (36,4%). Os resultados da transição de cuidado incluíram a implementação de um plano de cuidados de transição, avaliações de saúde por telefone e visitas domiciliares. Portanto os pacientes no grupo do programa de transição de cuidados tiveram uma taxa significativamente menor de readmissões hospitalares dentro de 30 dias após a alta hospitalar em comparação com o grupo de cuidados usuais. Além disso, o programa foi bem recebido pelos pacientes e seus cuidadores, que relataram altos níveis de satisfação com o cuidado recebido.	Os resultados da transição de cuidados indicaram que a equipe de enfermeiros especializados desempenhou um papel fundamental na garantia da continuidade do atendimento e na redução das readmissões hospitalares após a alta hospitalar.	A conclusão do estudo é que a implementação de um programa estruturado de transição de cuidados liderado por enfermeiros pode reduzir as readmissões hospitalares após o AVC e melhorar a qualidade do cuidado para os pacientes e seus cuidadores.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
MCNAIR, 2019.	Descrever o caminho de transição projetado para sobreviventes e cuidadores de pacientes que sofreram um AVC, identificando as necessidades de cuidados e apoio durante a transição.	O estudo foi do tipo exploratório descritivo, com análise de dados secundários. A amostra foi composta por 12 sobreviventes e 8 cuidadores de pacientes com AVC, selecionados a partir de pesquisas anteriores sobre transição de cuidados em AVC.	Os principais resultados do estudo foram a identificação de cinco fases de transição (fase aguda, fase de reabilitação, fase de ajuste, fase de estabilização e fase de manutenção) e as necessidades de cuidados e apoio associadas a cada fase. Os resultados mostraram que a fase de ajuste foi a mais crítica para os sobreviventes e cuidadores, e que o apoio social, a educação e o acompanhamento de saúde são fundamentais para garantir uma transição bem-sucedida. Portanto a transição de cuidados após um AVC é um processo complexo e desafiador tanto para os sobreviventes quanto para os cuidadores, com várias necessidades e desafios que precisam ser gerenciados. Os participantes relataram uma série de questões, incluindo falta de informações claras e coerentes sobre a condição de saúde, limitações físicas, emocionais e sociais, bem como desafios no processo de cuidado e na comunicação com os profissionais de saúde.	Em relação aos resultados da transição do cuidado, o estudo destacou que a transição do cuidado para casa após um AVC pode ser um processo difícil e complexo para sobreviventes e cuidadores, e que é importante fornecer apoio adequado durante todas as fases da transição. O estudo enfatizou a importância do envolvimento ativo dos cuidadores na transição do cuidado e destacou a necessidade de maior atenção aos cuidadores, uma vez que a falta de apoio pode ter consequências negativas para a recuperação do sobrevivente.	A conclusão do estudo sugere que é necessário um planejamento mais adequado para a transição de cuidados de sobreviventes e cuidadores de pacientes com AVC, com foco na continuidade do cuidado, na gestão de informações e na promoção do autocuidado. Além disso, os autores destacam a necessidade de apoio emocional e social adequado para sobreviventes e cuidadores. É fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes das necessidades dos sobreviventes e cuidadores durante as diferentes fases da transição e forneçam apoio adequado para garantir uma transição bem-sucedida.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023.
(...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
GOVENDER, et al., 2019.	Compreender a experiência de reintegração comunitária de sobreviventes de AVC em uma região periurbana.	Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem descritiva, que envolveu entrevistas semiestruturadas com 10 participantes que tiveram alta hospitalar após o AVC. Os dados foram analisados utilizando a análise temática.	Os principais resultados indicaram que os participantes enfrentaram dificuldades para se reintegrar à comunidade após a alta hospitalar, incluindo a falta de apoio e recursos, dificuldades de mobilidade, restrições financeiras e de acesso aos serviços de saúde. Os participantes também relataram que não receberam informações adequadas sobre como lidar com as limitações impostas pelo AVC e como lidar com as atividades cotidianas. Além disso, a falta de compreensão e apoio da família e da comunidade foi identificada como um fator que dificultou a reintegração.	Apontam para uma experiência de transição complexa, com desafios para o retorno à vida diária, incluindo problemas com a mobilidade, comunicação e atividades cotidianas. Além disso, os participantes relataram dificuldades em acessar serviços de saúde e apoio social adequados. Os autores destacaram a importância de uma abordagem centrada na pessoa na transição do cuidado, com ênfase na compreensão da experiência do paciente e na criação de soluções personalizadas para atender às necessidades individuais.	Os autores concluem que a reintegração à comunidade após o AVC é um desafio para muitos sobreviventes, particularmente aqueles que vivem em contextos periurbanos. Eles sugerem que os profissionais de saúde devem fornecer informações e orientações adequadas e apropriadas aos sobreviventes de AVC e suas famílias, além de trabalhar com outras partes interessadas para melhorar o suporte e os serviços disponíveis na comunidade.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023.
(...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
LINDBLO et al., 2020.	Avaliar a qualidade percebida das transições de cuidado entre hospital e casa em pessoas com (AVC).	Estudo observacional transversal em uma amostra de 169 pacientes com AVC, com idade média de 73,7 anos. Os pacientes foram entrevistados 30 dias após a alta hospitalar para avaliar a qualidade percebida da transição do cuidado.	Os principais resultados indicaram que a qualidade percebida das transições de cuidado foi avaliada como boa pelos participantes, com uma média de 8,2 em uma escala de 0 a 10. Além disso, a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes/familiares foi identificada como o fator mais importante para uma transição de cuidado bem-sucedida. Os pacientes que relataram ter recebido informações claras sobre as mudanças no tratamento e os cuidados pós-alta tiveram maior qualidade percebida da transição do cuidado.	Em relação à transição do cuidado, os resultados indicaram que a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente foi o fator mais importante para a qualidade percebida da transição do cuidado, enquanto que a falta de informações claras sobre as mudanças no tratamento e nos cuidados pós-alta foram relatados como principais barreiras.	Os autores concluíram que a qualidade percebida das transições de cuidado em pessoas com AVC é relativamente boa, mas há espaço para melhorias na comunicação e no fornecimento de informações sobre o cuidado a ser fornecido em casa. Eles também destacaram a importância de se concentrar nas necessidades individuais dos pacientes e envolver cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
CAMICIA et al., 2021.	Entender melhor as preocupações dos cuidadores sobre as implicações a longo prazo do AVC e o papel de cuidador após a conclusão da Avaliação de Preparação para a Transição para Casa Após o AVC (PATH-s).	Nete estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas cognitivas com 20 cuidadores de AVC que completaram a ferramenta PATH-s como parte de um estudo de validação de instrumento. Os dados foram analisados em busca de temas relacionados às suas percepções sobre acidente vascular cerebral e o papel de cuidador.	Os principais resultados do estudo mostraram que os cuidadores apresentavam preocupações significativas em relação à transição do cuidado para casa após o AVC. As principais preocupações incluíam incerteza sobre a capacidade de lidar com o cuidado, antecipação de desafios futuros e pistas para a ação, como sinais de alerta para possíveis problemas de saúde do paciente. Esses resultados destacam a importância de fornecer suporte adequado aos cuidadores durante a transição do cuidado.	Em relação aos resultados da transição do cuidado, o estudo demonstrou que os cuidadores enfrentam desafios significativos ao se prepararem para cuidar dos pacientes com AVC em casa. Essas preocupações podem afetar negativamente a transição do cuidado e a qualidade dos cuidados prestados. Portanto, é essencial abordar essas preocupações e fornecer recursos e suporte adequados aos cuidadores durante esse período crítico.	A conclusão do estudo ressalta a importância de identificar e abordar as preocupações dos cuidadores antes da alta hospitalar, a fim de promover uma transição bem-sucedida do cuidado para casa. Os resultados destacam a necessidade de intervenções direcionadas aos cuidadores, a fim de fornecer o apoio necessário e melhorar a experiência da transição do cuidado.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
ZIMMERMAN et al., 2021.	Avaliar a viabilidade da implementação de um programa de coordenação de transição de cuidado (TOCC) em pacientes admitidos para diagnóstico primário de AVC isquêmico agudo; Avaliar se o programa de TOCC estava associado a alguma diferença no tempo de internação ou na satisfação do paciente; E explorar variáveis no nível do paciente associadas ao tempo de internação hospitalar prolongado.	Estudo piloto simples-cego, prospectivo e randomizado com 40 participantes para avaliar a viabilidade de implementação de um programa de TOCC liderado por um enfermeiro.	O programa TOCC foi viável com todos os componentes pré-especificados preenchidos em 84,2% (IC 95%: 60,4–96,6%) e não foi significativamente diferente da taxa de conclusão assumida de 75% ($p = 0,438$). Não houve diferença significativa na mediana do tempo de permanência hospitalar entre os dois grupos [TOCC 5,95 dias (4,02; 9,57) vs. cuidados usuais 4,01 dias (2,00; 10,45), taxa de falsa descoberta (FDR)-ajustada $p = 0,138$]. Houve uma tendência a maior mediana de satisfação dos pacientes no grupo TOCC [TOCC 35,00 (33,00; 35,00) vs. cuidados usuais 30 (26,00; 35,00), p ajustado por FDR = 0,1], avaliada por questionário aos 30 dias após a alta. O estudo TOCC permitiu identificar variáveis dos pacientes (sexo, seguro, gravidade do AVC e disposição para alta) que se associaram significativamente com maior tempo de permanência hospitalar.	um programa de transição de coordenação do cuidado para pacientes hospitalizados com AVC isquêmico agudo é viável e pode estar associado a uma maior satisfação do paciente. Não houve diferença no tempo de internação ou na satisfação do paciente entre o grupo de cuidados habituais e nosso grupo de TOCC. Os hospitais designados como centros abrangentes de AVC são frequentemente equipados com navegadores de enfermagem de AVC, o que permite uma fácil implementação de estudos de melhoria de qualidade orientados por enfermeiros. Com a identificação precoce de pacientes com AVC com maior risco de hospitalizações prolongadas, como aqueles com AVC grave, com o seguro Medicaid e aqueles encaminhados para reabilitação subaguda, é possível direcionar melhor os recursos para esses pacientes e familiares. Um ensaio clínico multicêntrico com um grande tamanho de amostra para testar a generalização desse modelo de TOCC liderado por enfermeiros está planejado.	Um programa de TOCC é viável e pode servir como um guia para alocação futura de recursos para facilitar transições de cuidados e evitar internações hospitalares prolongadas.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
MARKLE-REID et al., 2020.	Determinar a viabilidade de implementação da intervenção de transição de cuidados (CT)	Método misto (QUANT + qual) desenho de estudo pragmático, prospectivo pré-teste/pós-teste para avaliar a eficácia da intervenção de CT. 25 participantes idosos completaram acompanhamento de 6 meses.	Os participantes apresentaram uma média de oito comorbidades. A intervenção foi viável e aceitável tanto para idosos quanto para provedores. Desde o início do estudo até aos 6 meses, houve não houve diferença estatisticamente significativa nos desfechos de saúde. No entanto, houve uma redução significativa do uso total por pessoa e dos custos dos serviços de saúde.	Destaca-se ainda a importância de uma abordagem mais abrangente e integrada que envolva a equipe de saúde, o cuidador e o idoso para garantir uma transição de cuidado bem-sucedida.	Os autores concluíram que é necessário melhorar a qualidade do planejamento de cuidados de alta hospitalar em pacientes com AVC agudo para reduzir a incidência de eventos adversos após a alta.
SANTOS et al., 2020.	Construir e validar o conteúdo de um protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após -VC	Estudo metodológico conduzido em três etapas: (1) construção do protocolo por meio de revisão da literatura; (2) pré-teste com equipe multiprofissional, analisado com articulação da literatura; (3) validação do protocolo pela Técnica Delphi. A amostra foi composta por 10 especialistas em neurologia e enfermagem geriátrica.	Os principais resultados incluíram a elaboração do protocolo assistencial, composto por 16 intervenções educativas, agrupadas em quatro categorias: orientações sobre AVC, cuidados com a pessoa idosa, cuidados com a medicação e prevenção de complicações. O protocolo foi estruturado nos domínios: Orientações Sobre a Doença; Suporte Emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Vias Aéreas; Medicamentos; Higiene; Cuidados com a Pele; Eliminações; Vestir/Despir; Posicionamento e Transferência; Prevenção de Quedas. No pré-teste, oito especialistas avaliaram a clareza e o conteúdo do protocolo. Na validação, houveram duas rodadas pela Técnica Delphi. O protocolo validado foi composto por 12 domínios contendo 42 itens e 240 orientações de cuidados.	O protocolo qualifica a transição do cuidado após alta hospitalar auxiliando os enfermeiros na prática assistencial no domicílio; Os resultados indicam que a construção do protocolo assistencial pode auxiliar na transição do cuidado do hospital para o domicílio, promovendo a capacitação dos cuidadores familiares de idosos após AVC. Isso pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e dos pacientes, além de reduzir a ocorrência de complicações e reinternações.	A conclusão do artigo indica que o protocolo assistencial de enfermagem construído e validado pode ser uma ferramenta útil para apoiar os cuidadores familiares de idosos após AVC, contribuindo para a melhora da qualidade do cuidado e da qualidade de vida tanto dos cuidadores quanto dos pacientes. O protocolo propõe ações que visam preparar os cuidadores para lidar com as demandas do cuidado ao idoso após a alta hospitalar, como orientações sobre medicação, cuidados com a pele, alimentação, higiene, entre outros.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
-----------------	----------	--------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------

POLHILL et al., 2022.	Identificar os fatores associados ao recebimento de um plano de cuidados de alta após (AVC) na Austrália, por meio de um estudo de registro vinculado.	Estudo de coorte observacional de pacientes com AVC agudo que tiveram alta para a comunidade entre 2009–2013, usando dados do Australian Stroke Clinical Registry (AuSCR) vinculados aos dados administrativos do hospital. O AuSCR é um registro nacional de qualidade clínica que coleta dados prospectivamente. Foram analisados registros de 7.812 pacientes elegíveis.	Os principais resultados encontrados indicaram que pacientes com menor idade, sexo feminino, com menor gravidade do AVC, que receberam alta para casa e que foram atendidos em hospitais que ofereciam serviços de reabilitação tiveram maior probabilidade de receber um plano de cuidados de alta após o AVC.	Os resultados relacionados à transição do cuidado mostraram que o recebimento de um plano de cuidados de alta foi associado a maior probabilidade de comparecimento às consultas de acompanhamento pós-alta e à diminuição do tempo de reinternação hospitalar.	A conclusão do artigo destaca a importância do recebimento de um plano de cuidados de alta após o AVC para melhorar a continuidade do cuidado e reduzir a reinternação hospitalar. Além disso, destaca a importância de identificar os fatores associados ao recebimento do plano de cuidados de alta, para melhorar a implementação e a efetividade dos planos de cuidados de alta.
-----------------------	--	---	---	---	--

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (...Continuação...)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
PUGH et al., 2022.	Avaliar a eficácia de um modelo australiano de cuidados pós-alta liderado por enfermeiras neurologistas.	Estudo quase experimental, com um grupo de intervenção recebendo o modelo de cuidados liderado por enfermeiras e um grupo controle recebendo cuidados padrão. A amostra do estudo foi composta por 232 pacientes que tiveram alta hospitalar após terem sofrido AVC ou outro evento neurológico, e que foram acompanhados por uma enfermeira neurologista em sua transição para o cuidado em casa. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários e entrevistas com os pacientes e seus cuidadores.	Os principais resultados indicaram que o modelo de cuidado liderado por enfermeiras foi associado a uma redução significativa nas internações hospitalares não planejadas e na frequência de visitas ao pronto-socorro em comparação com o grupo controle. Além disso, houve uma maior satisfação do paciente e do cuidador com os cuidados recebidos no grupo de intervenção. Portanto, o modelo de cuidados de enfermagem liderados por enfermeiras neurologistas é uma estratégia efetiva para apoiar a transição de cuidados de pacientes neurológicos após alta hospitalar. Os pacientes relataram maior confiança em cuidar de si mesmos e melhor compreensão de suas condições de saúde, enquanto seus cuidadores relataram menor carga de cuidados.	Os resultados da transição do cuidado indicaram que a intervenção promoveu uma redução significativa nas readmissões hospitalares e nas visitas à emergência, bem como um aumento na satisfação dos pacientes com seus cuidados de saúde. A transição do cuidado também foi relatada como mais tranquila e eficaz no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle. Os autores concluíram que o modelo de cuidado liderado por enfermeiras neurologistas é efetivo na redução de readmissões hospitalares e na melhoria da satisfação do paciente e do cuidador.	A conclusão do estudo é que o modelo de cuidados de enfermagem liderados por enfermeiras neurologistas é uma estratégia eficaz e viável para melhorar a transição do cuidado de pacientes neurológicos após alta hospitalar. Os resultados fornecem evidências para apoiar a implementação desse modelo de cuidado em outras configurações de saúde.

Quadro 4: Caracterização dos estudos incluídos por autor, objetivo, tipo de estudo e amostra, principais resultados, resultados da transição do cuidado e conclusão (n=12). Barra do Garças, MT, 2023. (Conclusão.)

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Resultados da transição (tipo)	Conclusão
MARKLE-REID et al., 2023.	Avaliar a percepção de idosos com AVC e multimorbidade sobre os impactos, facilitadores e barreiras da intervenção de cuidados transicionais virtuais na transição do hospital para o domicílio.	Trata-se de um estudo qualitativo descritivo. A amostra foi composta por 25 participantes, incluindo pacientes com AVC, cuidadores e profissionais de saúde envolvidos na assistência aos pacientes. A análise dos dados foi realizada por meio de uma abordagem temática.	Os principais resultados do estudo indicam que a intervenção de cuidados transicionais virtuais é percebida como útil para os pacientes e cuidadores, facilitando a comunicação e o acesso aos cuidados de saúde. No entanto, os profissionais de saúde relataram desafios na implementação da intervenção, como limitações de tempo e recursos. Os principais facilitadores incluíram a facilidade de uso da tecnologia e o suporte contínuo da equipe de cuidados transicionais. As principais barreiras foram a falta de acesso à tecnologia e a falta de suporte dos cuidadores. O estudo utilizou uma amostra de conveniência de pacientes idosos com AVC e multimorbidade que participaram de uma intervenção de cuidados transicionais virtuais em Ontário, Canadá. Os resultados deste estudo podem informar futuros programas de cuidados transicionais para essa população.	Com relação aos resultados da transição do cuidado, o estudo sugere que a intervenção pode melhorar a transição hospital-domiciliar para pacientes com AVC e multimorbidades, reduzindo a carga de cuidados e melhorando a qualidade de vida. No entanto, a intervenção ainda enfrenta desafios em termos de implementação pelos profissionais de saúde. Sugere-se que a intervenção de cuidados transicionais virtuais pode ter um impacto positivo na transição do hospital para o domicílio para idosos com AVC e multimorbidade. A facilidade de uso da tecnologia e o suporte contínuo da equipe de cuidados transicionais foram identificados como facilitadores importantes para a implementação bem-sucedida da intervenção. No entanto, a falta de acesso à tecnologia e a falta de suporte dos cuidadores foram identificados como barreiras para a participação e adesão à intervenção.	Em conclusão, o estudo destaca a importância da implementação de intervenções de cuidados transicionais virtuais para pacientes mais velhos com AVC e multimorbidades, mas também enfatiza a necessidade de abordar as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para implementação bem-sucedida.

Dos 12 artigos em periódicos e dois capítulos de livros selecionados, apesar da busca estar direcionada ao plano de alta da pessoa idosa no período transicional do hospital para o domicílio, percebe-se que as propostas utilizadas na prática ainda necessitam de um maior acompanhamento desse grupo populacional, com registros das condições das pessoas, do ambiente em que vivem e dos recursos dos serviços de saúde.

No Quadro 5, estão apresentados dois registros sobre o tema com abordagem sobre o manejo de pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico, bem como discutem a fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e complicações associadas. Destaca-se também a importância da reabilitação e dos cuidados pós-alta. A educação do paciente e da família sobre fatores de risco, sinais de alerta e medidas preventivas é enfatizada. Além disso, os estudos destacam que os enfermeiros desempenham um papel importante na triagem, avaliação, administração de tratamentos, monitoramento, cuidados pós-AVC e na comunicação interdisciplinar para garantir uma abordagem eficaz e abrangente no tratamento do AVC.

Quadro 5: Caracterização dos registros incluídos por autor, informações sobre a obra, principais dados da transição do cuidado, nos artigos de literatura cinzenta. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023 (n=02).
(Continua...)

Autor(es) e ano	Informações sobre a obra	Principais dados da transição do cuidado
BRUNNER; SUDDART H, (2016)	Este capítulo aborda o manejo de clientes com distúrbios vasculares encefálicos. Apresenta uma visão geral dos distúrbios vasculares encefálicos, incluindo acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, seguido por uma discussão sobre a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento desses distúrbios. Menciona o manejo de complicações comuns associadas a esses distúrbios, como diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, infecções urinárias e arritmias cardíacas. Além disso, o capítulo discute a importância da reabilitação e cuidados pós-alta para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral.	<u>Classificação dos distúrbios vasculares encefálicos:</u> É importante entender a diferença entre os tipos de distúrbios cerebrovasculares, para que o tratamento e os cuidados sejam adequados. <u>Fatores de risco:</u> Identificar e gerenciar os fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo e histórico familiar, é essencial na prevenção e no manejo dos distúrbios vasculares encefálicos. <u>Sinais e sintomas:</u> Reconhecer os sinais de alerta precoce, como fraqueza muscular, dificuldade na fala, alterações de consciência e dor de cabeça intensa, pode levar a uma intervenção rápida e melhores resultados. <u>Cuidados de enfermagem:</u> Fornecer cuidados especializados, incluindo monitoramento constante dos sinais vitais, administração de medicamentos prescritos, prevenção de complicações, reabilitação e apoio emocional, é vital para o bem-estar do paciente.

Quadro 5: Caracterização dos registros incluídos por autor, informações sobre a obra, principais dados da transição do cuidado, nos artigos de literatura cinzenta. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023 (n=02).
(Conclusão)

Autor(es) e ano	Informações sobre a obra	Principais dados da transição do cuidado
		<u>Educação do paciente e da família:</u> Educar pacientes e suas famílias sobre os distúrbios vasculares encefálicos, tratamentos, medidas preventivas e sinais de alerta pode melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida pós-tratamento. <u>Prevenção:</u> Promover medidas preventivas, como controle da pressão arterial, adoção de um estilo de vida saudável, cessação do tabagismo e acompanhamento médico regular, é crucial para reduzir o risco de distúrbios vasculares encefálicos.
NETTINA, (2021)	O capítulo concentra em fornecer informações importantes para enfermeiros e profissionais de saúde sobre a avaliação, cuidados e intervenções relacionadas ao AVC. Inicia com definição da doença e discute as diferentes classificações. Fornece informações sobre os fatores de risco associados e descreve os sinais e sintomas comuns de um AVC, incluindo fraqueza, dormência, dificuldade na fala, alterações de consciência e dor de cabeça intensa. Aborda a importância da avaliação rápida do paciente com suspeita de AVC, incluindo a realização de exames neurológicos, testes de imagem e avaliação do estado geral do paciente. Aborda as intervenções imediatas necessárias, como a administração de terapia trombolítica ou medidas de controle da pressão arterial para AVC hemorrágico. Além disso, aborda a prestação de cuidados de enfermagem apropriados, enfatiza a importância da educação do paciente e da família sobre a doença, seu tratamento, prevenção de recorrências e mudanças no estilo de vida, e destaca a importância da colaboração com outros profissionais de saúde para garantir uma abordagem multidisciplinar eficaz no tratamento do AVC.	<u>Triagem e avaliação inicial:</u> A identificação rápida dos sintomas de AVC é fundamental. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na triagem e avaliação inicial dos pacientes, ajudando a determinar se eles estão sofrendo um AVC isquêmico ou hemorrágico. <u>Administração de tratamento:</u> Os enfermeiros estão envolvidos na administração de tratamentos específicos, como terapia trombolítica para AVC isquêmico ou medidas de controle de pressão arterial para pacientes com risco de AVC hemorrágico. <u>Monitoramento contínuo:</u> monitoramento constante dos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio. A detecção precoce de complicações é essencial. <u>Cuidados pós-AVC:</u> Após o tratamento inicial, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados contínuos, reabilitação e educação ao paciente e à família sobre a prevenção de AVC recorrente e os cuidados apropriados. <u>Comunicação interdisciplinar:</u> A colaboração com outros profissionais de saúde é essencial para garantir a prestação de cuidados abrangentes e eficazes aos pacientes com AVC.

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

As recomendações sobre a transição de cuidados da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio estão descritas no Quadro 6.

Quadro 6 - Recomendações para a transição do cuidado da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio recomendados nos estudos. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023.

Recomendações para a transição do cuidado	Estudos identificados na revisão
Comunicação eficaz e acesso a cuidados – ênfase na escuta e orientação à família sobre o processo de transição, acompanhamento pela equipe e serviços de saúde disponíveis próximos a residência da pessoa idosa	RODRIGUES et al., 2013; LINDBON et al., 2020; MARKLE- REID et al., 2023
Avaliação do enfermeiro sobre riscos e necessidades – identificação no processo de transição de possíveis alterações relacionadas ao quadro clínico, reconhecimento das necessidades específicas da pessoa idosa durante o processo de acompanhamento, como por exemplo, administração de medicamentos, mudança de decúbito e realização de exercícios.	GOVENDER et al.,2019; MCNAIR, 2019; SANTOS et al.,2020; CAMICIA et al.,2021
Treinamento e educação em saúde da pessoa idosa e família – Orientações relacionadas ao manejo de medicamentos, higiene corporal, cuidados com a pele, manuseio de materiais em situações de incontinência esfincteriana urinária e anal, mensuração de parâmetros vitais e identificação de sinais clínicos de alerta	GOVENDER et al.,2019; MCNAIR, 2019; SANTOS et al.,2020; MARKLE-REID et al., 2020; CAMICIA et al.,2021 POLHILL et al., 2022; MARKLE- REID et al., 2023
Plano de Transição Gradual – estabelecimento de um plano que contenha um planejamento de visitas regulares pelo enfermeiro para monitorar o progresso e ajustar os cuidados, conforme necessidades apresentadas pela pessoa idosa e família	CONDON et al., 2016; MARKLE-REID et al., 2020; ZIMMERMAN et al., 2021; PUGH et al., 2022;

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

No método Reinert, foram analisados 130 segmentos de texto, dos quais foram obtidas 906 formas analisáveis, com 4.678 ocorrências. As palavras retidas foram 679, sendo 603 formas ativas e 68 formas suplementares. O número de formas ativas com frequência maior ou igual a 3 é de 233. A média de formas analisáveis por segmento foi de 35,98, resultando em cinco classes e um aproveitamento de 95 segmentos de textos dos 130 analisados, correspondendo a 73,1% do corpus. A descrição das classes está abaixo:

Classe 01 (22,01%): Suporte aos Cuidadores na Transição de Cuidados em Pacientes com AVC.

Classe 02 (22,01%): Os desafios para a Transição da Alta Hospitalar para o Domicílio após AVC.

Classe 03 (21%): Impactos de Programas de Transição de Cuidados na Qualidade de Vida de Pessoas que tiveram AVC e Cuidadores.

Classe 04 (15,08%): Programas de Transição de Cuidados Liderados por Enfermeiros(as) na Redução de Readmissões Hospitalares em Pacientes com AVC.

Classe 05 (19%): Protocolo de Cuidados da Alta Hospitalar para a Transição de Cuidados em Pacientes com AVC.

O dendrograma (Figura 4) é uma representação gráfica utilizada em análises de agrupamento para mostrar a hierarquia de similaridade entre diferentes elementos. Ele é geralmente utilizado para visualizar a organização e relação entre as categorias ou classes de análise. Cada classe representa os aspectos relacionados à transição do cuidado hospitalar para o domicílio da pessoa idosa pós-acidente vascular cerebral.

Na segunda etapa, é apresentada a análise realizada diante dos achados do estudo.

As classes do Dendrograma fornecidas pelo software IRAMUTEQ (Figura 5) representam diferentes abordagens e enfoques em relação à transição de cuidados em pacientes com AVC, cada uma com sua própria ênfase e importância relativa.

Classe 1 – Vermelha (22,1%): Foca na necessidade de abordagens integradas e centradas no paciente, destacando a importância de fornecer informações e suporte durante a transição, melhorar a coordenação entre os profissionais de saúde e envolver ativamente os cuidadores na transição de cuidados.

Classe 2 – Cinza (22,1%): Enfatiza a adaptação às mudanças após o AVC, destacando estratégias de enfrentamento, aprendizagem e suporte. Também aborda os desafios enfrentados durante a transição da alta hospitalar para o domicílio, com foco nas experiências dos pacientes e cuidadores.

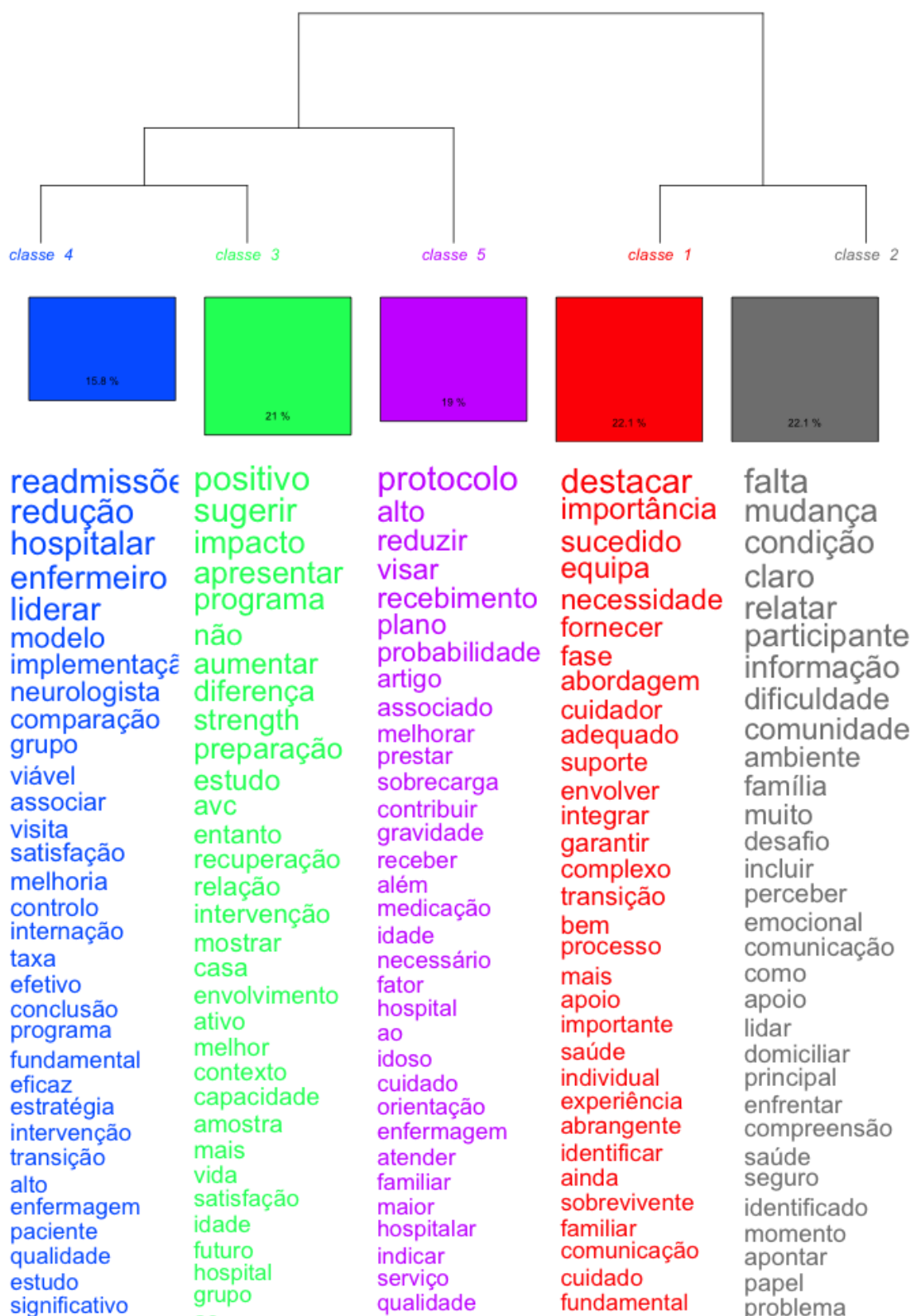
Classe 3 – Verde (21%): Analisa os impactos de programas de transição de cuidados na qualidade de vida de sobreviventes de AVC e cuidadores. Destaca a eficácia desses programas em melhorar a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores após a alta hospitalar.

Classe 4 – Azul (15,8%): Centra-se em programas de transição de cuidados liderados por enfermeiros na redução de readmissões hospitalares em pacientes com AVC. Destaca a importância da equipe de enfermeiros especializados na garantia da continuidade do atendimento e na redução das readmissões hospitalares.

Classe 5 – Lilás (19%): Aborda protocolos de cuidados para a alta hospitalar e a transição de cuidados em pacientes com AVC. Destaca a importância desses protocolos na preparação dos cuidadores para lidar com as demandas do cuidado ao idoso após a alta hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e pacientes.

Assim, cada classe oferece uma perspectiva única sobre a transição de cuidados em pacientes com AVC, destacando diferentes aspectos que podem impactar positivamente a qualidade do cuidado e a experiência do paciente e cuidador durante essa fase crítica.

Figura 4 – Dendrograma fornecida pelo software IRAMUTEQ. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Algumas palavras emergem na análise de similaridade ao longo do texto (Figura 6). Destacam-se termos essenciais para a transição de cuidados em pacientes com AVC, tais como “cuidado”, “pacientes”, “transição”, “cuidadores”, “saúde”, “apoio”, “enfermeiros”, “alta”, “importância”, “programa”, “resultados”, “necessidades”, “equipe”, “família”, “comunicação”.

As palavras destacadas são essenciais para compreender a complexidade e a importância da transição de cuidados em pacientes com AVC. “Cuidado” representa a atenção e o zelo necessários para garantir a recuperação e o bem-estar do paciente. Por sua vez, “pacientes” refere-se àqueles que estão passando pela transição de cuidados após um AVC, sendo o foco principal de toda a abordagem de cuidado. “Transição” destaca o processo de mudança de um ambiente de cuidados para outro, como da alta hospitalar para o ambiente domiciliar.

Os “cuidadores” precisam de atenção especial nesse processo, pois assumem a responsabilidade pelos cuidados contínuos do paciente. Bem como o “apoio” é necessário para fornecer suporte emocional e prático durante a transição. Nessa direção, os “enfermeiros” desempenham um papel vital na coordenação e prestação de cuidados durante essa fase.

Por fim, a “alta” marca o momento em que o paciente deixa o ambiente hospitalar, sendo um marco importante na transição, e nessa direção, o “programa” de alta refere-se a estratégias e intervenções específicas projetadas para facilitar essa transição. Por isso, a “comunicação” se destaca como um elemento fundamental para garantir que todas as partes envolvidas estejam informadas e alinhadas durante a transição de cuidados. Essas palavras-chave refletem a complexidade e a importância de abordagens integradas e centradas no paciente para garantir uma transição de cuidados eficaz e bem-sucedida em pacientes com AVC.

A análise de similaridade (Figura 5) refere-se à avaliação da semelhança entre diferentes elementos, possibilitando entender as palavras que mais se manifestam entre os textos selecionados. Nesse caso, as palavras “cuidado” (f=128), “transição” (f=73), “paciente” (f=76), “cuidador” (f=58) e “resultado” (43) são as que se destacam na árvore de palavras para contextualizar a transição do cuidado hospitalar para o domicílio da pessoa idosa pós-acidente vascular cerebral.

Figura 6 – Nuvem de palavras retiradas revisão de escopo. João Pessoa, PB. 2023



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A análise textual possibilitou a visualização de temas que auxiliam na construção de um plano de alta adequado para a pessoa que teve um acidente vascular cerebral respaldado pelas evidências científicas.

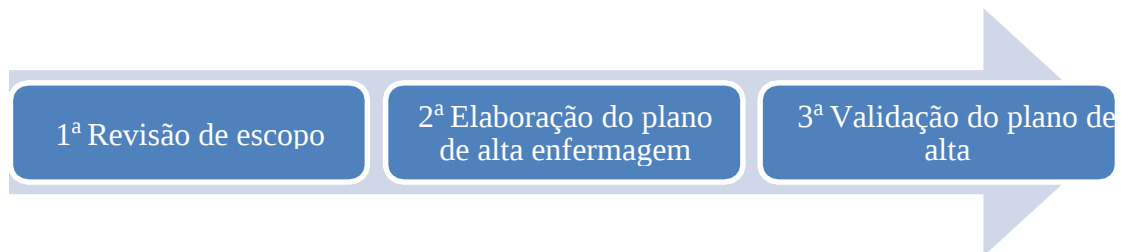
3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

A primeira etapa consiste em uma Revisão de Escopo, na qual é apresentado o conhecimento disponível na literatura sobre o tema da transição do cuidado da pessoa idosa pós-AVC do hospital para o domicílio.

A segunda etapa aborda a apresentação do produto, que é a elaboração do plano de alta de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa do hospital para o domicílio.

A terceira etapa é a validação do plano de alta do hospital para o domicílio, a ser realizada com juízes especialistas na área de conhecimento, conforme a ilustração abaixo.



3.2 Etapas do Estudo

Este estudo consiste em uma revisão de escopo realizada conforme a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Os resultados dessa revisão foram apresentados utilizando a extensão do Checklist PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), conhecido como PRISMA-ScR, adaptado para estudos de revisão de escopo (PETERS, 2021; TRICCO et al., 2018), publicado (COELHO et al., 2023).

A revisão de escopo busca mapear evidências nas bases de dados existentes que fornecem informações amplas e aprofundadas da literatura existente sobre determinado tema. Esse tipo de estudo pode ser utilizado para: identificar os tipos de evidências disponíveis em um determinado campo; esclarecer os principais conceitos/definições na literatura; examinar como a pesquisa é conduzida em um determinado tópico ou campo; identificar as principais características ou fatores relacionados a um conceito; como precursor de uma revisão sistemática; identificar e analisar lacunas de conhecimento; mapear conceitos-chave subjacentes à área de investigação; assim como as principais fontes e tipos de informação disponíveis (MUNN et al., 2018; JBI, 2020).

O objetivo do Scoping Review é identificar e mapear conceitos-chave, tipos de evidências e lacunas relacionadas a uma área definida, pesquisando, selecionando e sintetizando o conhecimento já existente. Neste sentido, o interesse é centrado nas publicações associadas à transição do cuidado da pessoa idosa pós-acidente vascular cerebral do hospital para casa, para a construção de um plano de alta de enfermagem.

Para o desenvolvimento da revisão de escopo, foi utilizado o delineamento metodológico proposto por Munn et al. (2018), que consiste em seis etapas, a saber: definição da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção do estudo; mapeamento dos dados; resumo e relato dos dados.

Assim, toda a revisão do processo foi baseada nas recomendações da lista de conferência do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (PETERS et al., 2020).

Para formular a questão da pesquisa com a identificação da população-alvo, as variáveis de interesse e os resultados esperados, questiona-se: “Quais são as recomendações descritas nas evidências científicas sobre a transição do cuidado do hospital para o domicílio de pessoas idosas no pós-AVC?”

De acordo com a metodologia JBI para revisão de escopo, o mnemônico P (população), C (conceito) e C (contexto) foi aplicado para definir os seguintes critérios de inclusão.

Quadro 1 - Acrônimos PCC com os descritores controlados e sinônimos

População	Idosos no pós-acidente vascular
Conceito	Transição do cuidado
Contexto	Hospital para o domicílio

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Para realizar uma busca abrangente na literatura especializada, foram consultadas diversas bases de dados eletrônicas de ciências da saúde e multidisciplinares, incluindo o Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed, Cochrane Library, Scopus, Web of Science, Age Line, Open Dissertations. Foi utilizado o portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de responsabilidade do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), no Portal de Teses da Capes, livros, Manuais Ministeriais, planos e recomendações que estavam descritos na íntegra.

As buscas foram operacionalizadas a partir dos termos do Medical Subject Headings (MeSH) e/ou Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinando-os por meio dos operadores booleanos AND e OR, de acordo com as especificações de cada base de dados (Quadro 2).

Foi realizado um piloto da busca na base de dados PubMed para identificar artigos sobre o assunto e selecionar palavras e termos para aprimorar a estratégia de busca, resultando em um artigo publicado no endereço eletrônico <http://revista.sear.com.br/rei/article/view/446/359>.

Na busca, foram utilizados os seguintes filtros: literatura nos idiomas inglês, espanhol ou português, artigos completos publicados, sem limite de datas. As principais informações das publicações estão sintetizadas em uma planilha criada especificamente para esta revisão, visando orientar as análises descritivas e críticas dos estudos selecionados. A estratégia de busca, de acordo com o Quadro 2, foi realizada no dia 23 de fevereiro de 2023.

Quadro 2 - Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Barra do Garças, MT, 2023.

(Continua...)

Databases	Search Strategies
PubMe	((("Aged"[Mesh] OR "Aged" OR "Elderly" OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Aged, 80 and over" OR "Oldest Old")) AND ((("Stroke"[Mesh] OR "Stroke" OR "Strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA (Cerebrovascular Accident)" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes" OR "Acute Stroke" OR "Acute Strokes" OR "Acute Cerebrovascular Accident" OR "Acute Cerebrovascular Accidents")) AND ((("Hospital to Home Transition"[Mesh] OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care"[Mesh] OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions"))))

Quadro 2 - Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Barra do Garças, MT, 2023.

(...Continuação...)

Databases	Search Strategies
CINAHL	((("Aged" OR "Elderly" OR "Aged, 80 and over" OR "Oldest Old")) AND ((("Stroke" OR "Strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA (Cerebrovascular Accident)" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes" OR "Acute Stroke" OR "Acute Strokes" OR "Acute Cerebrovascular Accident" OR "Acute Cerebrovascular Accidents")) AND ((("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions"))))
COCHRANE CENTRAL	((("Aged" OR "Elderly" OR "Aged, 80 and over" OR "Oldest Old")) AND ((("Stroke" OR "Strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA

	(Cerebrovascular Accident)” OR “Cerebrovascular Apoplexy” OR “Brain Vascular Accident” OR “Brain Vascular Accidents” OR “Cerebrovascular Stroke” OR “Cerebrovascular Strokes” OR “Cerebral Stroke” OR “Cerebral Strokes” OR “Acute Stroke” OR “Acute Strokes” OR “Acute Cerebrovascular Accident” OR “Acute Cerebrovascular Accidents”))) AND ((“Hospital to Home Transition” OR “Hospital to Home” OR “Hospital to Homes” OR “Transitional Care” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care” OR “Transition Cares” OR “Home Transition” OR “Home Transitions”)))
Lilac	((“Idoso” OR “Aged” OR “Anciano” OR “Idosos” OR “Pessoa Idosa” OR “Pessoa de Idade” OR “Pessoas Idosas” OR “Pessoas de Idade” OR “População Idosa” OR “Idoso de 80 Anos ou mais” OR “Aged, 80 and over” OR “Anciano de 80 o más Años” OR “Idoso de 80 ou mais Anos” OR “Idosos de 80 Anos ou mais” OR “Idosos de 80 ou mais Anos” OR “Velhíssimos”) AND (“Acidente Vascular Cerebral” OR “Stroke” OR “Accidente Cerebrovascular” OR “AVC” OR “AVC Agudo” OR “AVE” OR “Acidente Cerebral Vascular” OR “Acidente Cerebrovascular” OR “Acidente Vascular” OR “Cerebral (AVC)” OR “Acidente Vascular Cerebral Agudo” OR “Acidente Vascular Encefálico” OR “Acidente Vascular do Cérebro” OR “Acidentes Cerebrais Vasculares” OR “Acidentes Cerebrovasculares” OR “Acidentes Vasculares Cerebrais”)) and (Transição do Hospital para o Domicílio” OR “Hospital to Home Transition” OR “Transición del Hospital al Hogar” OR “Transição do Hospital para Casa” OR “Alta do Paciente” OR “Patient Discharge” OR “Alta del Paciente” OR “Alta Hospitalar” OR “Alta do Hospital” OR “Planejamento da Alta”))
Web of Science	ALL=(“Aged” OR “Elderly” OR “Aged, 80 and over” OR “Oldest Old”) AND (“Stroke” OR “Strokes” OR “Cerebrovascular Accident” OR “Cerebrovascular Accidents” OR “CVA (Cerebrovascular Accident)” OR “Cerebrovascular Apoplexy” OR “Brain Vascular Accident” OR “Brain Vascular Accidents” OR “Cerebrovascular Stroke” OR “Cerebrovascular Strokes” OR “Cerebral Stroke” OR “Cerebral Strokes” OR “Acute Stroke” OR “Acute Strokes” OR “Acute Cerebrovascular Accident” OR “Acute Cerebrovascular Accidents”) AND (“Hospital to Home Transition” OR “Hospital to Home” OR “Hospital to Homes” OR “Transitional Care” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care” OR “Transition Cares” OR “Home Transition” OR “Home Transitions”))
Scopus	TITLE-ABS-KEY(((“Aged” OR “Elderly” OR “Aged, 80 and over” OR “Oldest Old”)) AND ((“Stroke” OR “Strokes” OR “Cerebrovascular Accident” OR “Cerebrovascular Accidents” OR “CVA (Cerebrovascular Accident)” OR “Cerebrovascular Apoplexy” OR “Brain Vascular Accident” OR “Brain Vascular Accidents” OR “Cerebrovascular Stroke” OR “Cerebrovascular Strokes” OR “Cerebral Stroke” OR “Cerebral Strokes” OR “Acute Stroke” OR “Acute Strokes” OR “Acute Cerebrovascular Accident” OR “Acute Cerebrovascular Accidents”))) AND ((“Hospital to Home Transition” OR “Hospital to Home” OR “Hospital to Homes” OR “Transitional Care” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care” OR “Transition Cares” OR “Home Transition” OR “Home Transitions”)))

Quadro 2 -: Estratégia de busca adaptada para as bases de dados selecionadas. Barra do Garças, MT, 2023. (Conclusão.)

Databases	Search Strategies
AgeLine	(((“Aged” OR “Elderly” OR “Aged, 80 and over” OR “Oldest Old”)) AND ((“Stroke” OR “Strokes” OR “Cerebrovascular Accident” OR “Cerebrovascular Accidents” OR “CVA (Cerebrovascular Accident)” OR “Cerebrovascular Apoplexy” OR “Brain Vascular Accident” OR “Brain Vascular Accidents” OR “Cerebrovascular Stroke” OR “Cerebrovascular Strokes” OR “Cerebral Stroke” OR “Cerebral Strokes” OR “Acute Stroke” OR “Acute Strokes” OR “Acute Cerebrovascular Accident” OR “Acute Cerebrovascular Accidents”))) AND ((“Hospital to Home Transition” OR “Hospital to Home” OR “Hospital to Homes” OR “Transitional Care” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care” OR “Transition Cares” OR “Home Transition” OR “Home Transitions”)))
Embase	(‘Aged’ OR ‘Elderly’ OR ‘Aged, 80 and over’ OR ‘Oldest Old’) AND (‘Stroke’ OR ‘Strokes’ OR ‘Cerebrovascular Accident’ OR ‘Cerebrovascular Accidents’ OR ‘CVA

	(Cerebrovascular Accident)' OR 'Cerebrovascular Apoplexy' OR 'Brain Vascular Accident' OR 'Brain Vascular Accidents' OR 'Cerebrovascular Stroke' OR 'Cerebrovascular Strokes' OR 'Cerebral Stroke' OR 'Cerebral Strokes' OR 'Acute Stroke' OR 'Acute Strokes' OR 'Acute Cerebrovascular Accident' OR 'Acute Cerebrovascular Accidents') AND ('Hospital to Home Transition' OR 'Hospital to Home' OR 'Hospital to Homes' OR 'Transitional Care' OR 'Transitional Cares' OR 'Transition Care' OR 'Transition Cares' OR 'Home Transition' OR 'Home Transitions')
Open Dissertations	((("Aged" OR "Elderly" OR "Aged, 80 and over" OR "Oldest Old")) AND ((("Stroke" OR "Strokes" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "CVA (Cerebrovascular Accident)" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "Cerebrovascular Stroke" OR "Cerebrovascular Strokes" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebral Strokes" OR "Acute Stroke" OR "Acute Strokes" OR "Acute Cerebrovascular Accident" OR "Acute Cerebrovascular Accidents")))) AND ((("Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Transitional Care" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care" OR "Transition Cares" OR "Home Transition" OR "Home Transitions"))))
Scielo	((("Idoso" OR "Aged" OR "Anciano" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR "Aged, 80 and over" OR "Anciano de 80 o más Años" OR "Idoso de 80 ou mais Anos" OR "Idosos de 80 Anos ou mais" OR "Idosos de 80 ou mais Anos" OR "Velhíssimos") AND ("Acidente Vascular Cerebral" OR "Stroke" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "AVC" OR "AVC Agudo" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular" OR "Cerebral (AVC)" OR "Acidente Vascular Cerebral Agudo" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais")))) AND ((("Alta do Paciente" OR "Patient Discharge" OR "Alta del Paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta")))
Grey literature	
Catálogo de Teses e Dissertações (CAPES)	("Idoso" OR "Aged" OR "Anciano" OR "Idosos" OR "Pessoa Idosa" OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas Idosas" OR "Pessoas de Idade" OR "População Idosa") AND ("Acidente Vascular Cerebral" OR "Stroke" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "AVC" OR "AVC Agudo" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular" OR "Acidente Vascular Cerebral Agudo" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais") AND ((("Alta do Paciente" OR "Patient Discharge" OR "Alta del Paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta")))
Google Acadêmico	allintitle:"Aged" AND "Stroke" AND "Discharge"

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Os critérios de inclusão dos estudos foram os seguintes: serem resultados de pesquisas primárias e secundárias envolvendo pessoas com mais de 65 anos que foram hospitalizadas devido a AVC, com ou sem complicações, e que receberam alta hospitalar. Foram considerados estudos primários qualitativos e quantitativos que estivessem disponíveis gratuitamente.

Foram excluídos estudos com participantes com menos de 65 anos, estudos que se referiam a resultados parciais, notas técnicas ou relatórios preliminares, estudos com foco

principal na fisiopatologia do AVC, estudos sobre o impacto socioeconômico das estratégias de diagnóstico e tratamento, e resumos.

Os resultados foram exportados para o software de gerenciamento de referências EndNote 20 para eliminar duplicatas e, em seguida, foram importados para o software Rayyan do Qatar Computing Research Institute (QCRI) para seleção e triagem independente por dois revisores (OUZZANI et al., 2016).

Essa etapa consistiu na leitura dos títulos e dos resumos por dois revisores (WGC, MSS), e um terceiro revisor (RAPR) validou os artigos selecionados. Na etapa seguinte, os artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram lidos na íntegra, e os mesmos revisores fizeram a leitura e a inclusão final dos artigos selecionados para a pesquisa. Os artigos provenientes da literatura cinzenta passaram pelo mesmo processo de busca.

Os estudos foram agrupados em uma planilha do Microsoft Excel® versão 2016, conforme critérios de elegibilidade, por dois pesquisadores de forma independente, e ao final houve um consenso com a participação de um terceiro revisor. Dos artigos foram extraídos os seguintes dados: autor, ano de publicação em periódico, idioma e país, objetivos, delineamento, evidências e/ou resultados. Os resultados deste Scoping Review foram apresentados de forma quantitativa, com base na síntese dos resultados, conclusões e recomendações. Isso foi feito para oferecer uma visão abrangente, abordando as principais informações e pontos relevantes dos estudos.

Foi desenvolvido um estudo do tipo metodológico em duas fases: a proposta dessa etapa foi desenvolvida a partir dos dados da revisão de escopo. Os artigos foram disponibilizados no Iramuteq e analisados, cujos resultados foram apresentados no dendograma, árvore de similitude e nuvem de palavras. A partir do dendograma, o texto final foi classificado em classes, seguindo os pressupostos de Braun e Clark (2006).

Para a construção do plano, seguiu-se o referencial de Rodrigues et al. (2013) e o Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, proposto por Pimenta et al. (2015), considerando que o mesmo servirá de base para a assistência de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada pós-AVC e, em seguida, para a alta para o domicílio. Os princípios para a elaboração do protocolo têm como premissa básica a pronta recuperação do paciente, visando a sua independência para o autocuidado. O executor das ações da gestão deve ser o enfermeiro que atuará com a pessoa idosa e as pessoas que prestarão esse cuidado. A estratégia utilizada seguiu a orientação do Guia, que nesse caso, em especial, foi a revisão de escopo. Após essa etapa, foi realizada a validação dos achados com juízes especialistas na área de conhecimento. O enfermeiro tem

respaldo legal para elaboração e uso, seguindo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN 370/2011 e demais legislações da Enfermagem (PIMENTA et al., 2015). A proposta do presente plano, com uso da orientação do Guia quanto à atuação do enfermeiro, está prevista na legislação. Ele deve ser elaborado e aprovado pelo enfermeiro e assinado de acordo com a Resolução COFEN nº 458/2014.

As etapas para a elaboração do protocolo transicional da alta foram as seguintes: origem, nesse caso, será o serviço de enfermagem no qual a pessoa idosa estará internada no hospital, com diagnóstico de AVC; objetivo – ações de cuidados às pessoas idosas pós-AVC com alta do hospital para o domicílio, de acordo com a revisão de escopo apresentada, que constituem as evidências da literatura.

A seguir, os dados analisados foram apresentados em quadros e encaminhados a 13 juízes especialistas nas áreas de geriatria/gerontologia/prática clínica/enfermagem em neurologia: especialização, mestrado e doutorado para a validação do mesmo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, pelo parecer n. 6.137.832 (ANEXO A).

Todos os preceitos éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução nº 466/12, que descreve as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online e foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e colaboração para o bem-estar das pessoas idosas que sofreram Acidente Vascular Cerebral.

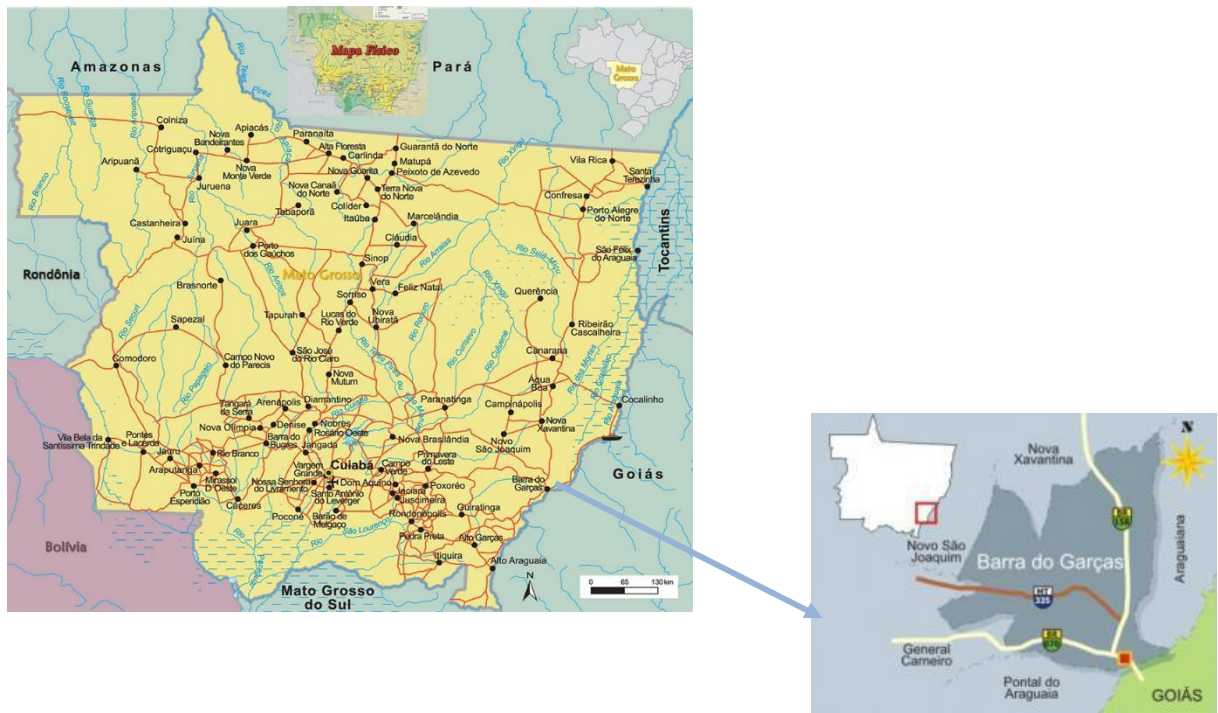
Todos os dados do estudo são armazenados em arquivo digital sob a guarda e responsabilidade da orientadora, no banco de dados do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

3.3. Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido na cidade de Barra do Garças, no estado de Mato Grosso (MT) (Figura 1). A população do estado de Mato Grosso é de 3.567.234 habitantes, sendo 11% de população idosa. De acordo com o Datasus, no ano de 2020, ocorreram no Brasil 99.010 mortes por AVC, incluindo dados de infarto cerebral, AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnoidea e AVC não especificado como isquêmico ou hemorrágico (DATASUS, 2021).

O Mato Grosso é um dos estados do Brasil que apresenta uma alta taxa de incidência de AVC. Em 2020, foram registrados cerca de 2.800 casos de AVC no estado, e a taxa de mortalidade foi de cerca de 68,4 por 100 mil habitantes, o que é considerado um número elevado (DATASUS, 2021).

Figura 1 – Mapa do estado de Mato Grosso/Barra do Garças, 2023.



Fonte: <http://www.mapas-brasil.com/mato-grosso.htm>

3.4 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelos artigos incluídos no estudo, resultado final da Revisão de escopo.

Para compor a equipe de juízes especialistas, realizou-se um levantamento de enfermeiros que atuam nas áreas de gerontologia/geriatria/neurologia por meio do currículo da Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (BRASIL, 2020).

Para compor a lista de especialistas, os enfermeiros receberam um e-mail com uma carta explicativa sobre o assunto (APÊNDICE A) e, em seguida, um link para o TCLE (APÊNDICE B) e um formulário de identificação pessoal e profissional (APÊNDICE C) no Google Forms.

Utilizaram-se os critérios de Fehring (1987) para inclusão dos especialistas, cujo escore varia de zero a 15 pontos, com um ponto de corte mínimo de 5 pontos, conforme Quadro 3. Os

juízes que foram incluídos no estudo receberam o arquivo com o material para a validação. A coleta de dados da validação teve início após percorrer as etapas do estudo.

Quadro 3 - Critérios para a composição do comitê de especialistas, de acordo com Fehring (1987). Barra do Garça, Mato Grosso, 2023.

Critérios de Fehring (1987)	Pontuação
Ser mestre em enfermagem	4 pontos
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico	1 ponto
Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante	2 pontos
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado	2 pontos
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico	2 pontos
Ter prática clínica recente de, no mínimo, um ano na temática abordada	2 pontos
Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse	2 pontos
TOTAL	15 pontos

Fonte: Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M, editores. Classifications of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference; 1994. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1994. p.55-62.

3.5 Instrumentos e Procedimentos para Coleta de dados

Para o desenvolvimento do plano, seguiu-se a Proposta de Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC (RODRIGUES et al., 2013), que propõe conhecer o idoso juntamente com sua família, como se dá essa relação cultural e social, e as necessidades de saúde para referenciar a pessoa idosa para a Unidade de Saúde mais próxima de seu domicílio. O processo de cuidado terá como base a revisão de escopo, que compõe a primeira etapa deste estudo associado ao Modelo em vigor. Após a transcrição do material arquivado, será construído um modelo analítico composto pelos quatro domínios estabelecidos a priori, de acordo com cada domínio do Modelo de cuidado ao Idoso pós AVC, que corresponderam às classes de palavras geradas pelo software IRAMUTEQ. O mapeamento de cada cuidado identificado na revisão será listado em cada etapa do Modelo a ser seguido.

O Modelo proposto consiste em quatro domínios descritos a seguir, nos quais a pessoa idosa passa de um nível de dependência decorrente do AVC para um nível de reabilitação para a independência, que pode ser visualizada na Figura 02 abaixo:

Figura 2 – Proposta de Modelo de cuidado ao idoso após AVC.



Fonte:

Atenção institucional – nesse domínio, durante a internação hospitalar, o plano, já em desenvolvimento, deverá ser escrito, e a equipe iniciará com a pessoa idosa o processo de ensinar o autocuidado, momento esse da elaboração do plano a ser desenvolvido no domicílio;

Atenção domiciliar – nesse processo de transição, a equipe deverá ter contato com o cuidador familiar e encaminhar os dados e necessidades da pessoa idosa pós-alta hospitalar para o domicílio, a UBS mais próxima, que deverá realizar a visita de avaliação do idoso, das condições do domicílio e do conhecimento da família para sistematizar o cuidado, assim como encaminhá-lo para outras redes de apoio, caso necessário.

Atenção informal – a equipe da Unidade de Saúde deverá avaliar a condição da pessoa idosa diante do plano da alta, conhecer o contexto de cada família para esse processo de cuidado e ampliar a rede de cuidado, dependendo de cada necessidade. Deve-se levar em consideração as condições ambientais, sociais e culturais de cada família.

Autocuidado – essa estratégia de autocuidado deve ser iniciada na admissão da pessoa idosa pós AVC e percorrer todas as etapas do cuidado. A pessoa idosa deverá ser incentivada a partir da internação hospitalar. É nesse momento que o enfermeiro deve sistematizar o cuidado individual e propor estratégias de autocuidado. No retorno para casa, a atividade de cuidado e ação educativa são estratégias a serem utilizadas e avaliadas, para que a dependência seja

minimizada até atingir a dependência parcial e, finalmente, a independência diante das condições de cada um. É nesse momento de transição, da saúde da pessoa idosa para a recuperação das possíveis complicações do AVC e da reaprendizagem do autocuidado, que a equipe de saúde e a família lidam com cada necessidade da pessoa idosa.

O pesquisador construiu uma base de dados no programa Microsoft Office Excel® 2013 para a inserção dos dados e realizou uma análise de consistência final. A análise foi a estatística descritiva, e o índice de Content Validity Ratio (CVR), em português denominado Razão de Validade de Conteúdo (1975), que avalia os quesitos clareza, objetividade, pertinência e aspectos gerais do conteúdo de um constructo (LAWSHE, 1975). O cálculo do CVR foi realizado conforme apresentado na fórmula abaixo.

$$CVR = \frac{Ne - \left(\frac{N}{2}\right)}{\frac{N}{2}}, \quad (1)$$

Onde: Ne= Número de especialistas que consideraram o indicador essencial (clareza, pertinência e relevância)

N= Número total de especialistas

* Ne o número de especialistas que indica a opção 1 “item é essencial” e N é o número total de especialistas.

As características referentes aos itens da CVR (LAWSHE, 1975, p. 567) podem ser consideradas da seguinte forma:

- A. Quando menos da metade dos especialistas avalia um determinado item como não necessário, a CVR é negativa.
- B. Quando um item é avaliado como essencial pela metade dos especialistas, a CVR será igual a zero.
- C. Quando um item é avaliado como essencial por mais da metade dos especialistas, a CVR é positiva e varia entre 0,00 e 0,99.
- D. Quando um item é avaliado como essencial por todos os especialistas, a CVR é igual a 1 (arredondamento de 0,99 para 1, realizado na análise estatística).

Os valores da CVR variam entre -1 (discordância perfeita) e +1 (concordância perfeita), sendo que valores acima de zero indicam que mais da metade dos membros dos juízes concorda com um item essencial (LAWSHE, 1975). Os valores críticos da CVR foram propostos por Ayre e Scally (2014).

O presente estudo contou com um comitê de 13 juízes, sendo o valor crítico da CVR de 0,538, conforme proposta de Ayre e Scally (2014). Ver Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Valores críticos da Content Validity Ratio (CVR) de acordo com o número de especialistas. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023.

Nº Especialistas	Valor crítico da CVR	Nº Especialistas	Valor crítico da CVR
5	1,00	13	0,538
6	1,00	14	0,571
7	1,00	15	0,600
8	0,750	20	0,500
9	0,778	25	0,440
10	0,800	30	0,333
11	0,636	35	0,314
12	0,667	40	0,300

Fonte: Ayre e Scally (2014, p. 82)

Após a identificação dos juízes, pelo critério de inclusão, foi encaminhado via e-mail e/ou via aplicativo (WhatsApp), que é amplamente utilizado internacionalmente, um formulário eletrônico construído por aplicativo de formulários online (Google Forms) que contenha:

Plano de alta de enfermagem para a pessoa idosa pós AVC, de acordo com a revisão de escopo;

Carta Convite para participação do Comitê de Juízes especialistas (APÊNDICE A);

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B): o juiz especialista deverá assinalar a opção de concordar ou não em participar do estudo;

Formulário de caracterização do perfil dos juízes especialistas (APÊNDICE C).

Instrumento para validação do plano de alta (APÊNDICE D)

No formulário de avaliação, foi disponibilizado espaço para registro de sugestões dos juízes especialistas. Foi estipulado um prazo de 20 dias após o envio do convite para que respondam ao questionário, e o recrutamento dos juízes especialistas será encerrado quando as primeiras 13 avaliações completas forem respondidas. Foi necessário realizar duas rodadas do instrumento com os 13 juízes para que atingisse o CVR acima de 0,536, conforme estipulado pelos autores. Após a análise pelos juízes, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CCS/UFPB, pelo parecer n. 6.137.832 (ANEXO A).

Todos os preceitos éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução nº 466/12, que descreve as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

(BRASIL, 2012). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online e foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e colaboração para o bem-estar das pessoas idosas que sofreram Acidente Vascular Cerebral.

Todos os dados do estudo ficam armazenados em arquivo digital sob a guarda e responsabilidade da orientadora, no banco de dados do Núcleo de Pesquisa em Geriatria e Gerontologia (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Após a conclusão dos dados dos artigos incluídos no estudo, o pesquisador realizou a leitura na íntegra dos mesmos e organizou um quadro contendo os dados já descritos e, por fim, a análise dos dados. As categorias já foram estabelecidas a priori, de acordo com o Modelo de Cuidado de Rodrigues et al. (2013), a ser seguido no estudo.

Para o processamento dos dados, os artigos incluídos foram transcritos na íntegra para a organização e análise dos dados. Foi utilizada a estatística descritiva, e para o material obtido dos artigos, foi utilizado o software IRAMUTEQ (Interface de R pour l'analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), um programa livre que permite o processamento e análise estatística de textos produzidos (RATINAUD, 2009). Na presente pesquisa, foram utilizadas as seguintes análises:

Análise de similitude – baseada na teoria dos grafos, possibilita a identificação das coocorrências entre as palavras e a conexidade entre elas, permitindo a visualização da estrutura representacional organizada por esse tipo de análise. Envolve a comparação de características ou atributos dos objetos ou entidades e a determinação de quão próximos ou similares eles são uns dos outros (MARCHAND; RATINAUD, 2012). Em resumo, essa análise é uma técnica útil para entender e explorar conjuntos de dados complexos e identificar padrões e tendências subjacentes.

Nuvem de palavras – formada a partir da distribuição da frequência das palavras. É obtida por meio de uma análise lexical mais simples do que a análise de similitude (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Validação do plano de alta por especialistas

Os resultados sobre o perfil dos profissionais de enfermagem mostram que a média de idade é de 46,30 anos. Isso sugere que esses profissionais possuem uma vasta experiência e podem trazer uma perspectiva enriquecedora para a prática clínica. Há uma predominância feminina significativa, representando (69,23%) dos participantes. Essa disparidade do sexo feminino é a maioria na área da saúde, refletindo uma tendência global em que as mulheres têm historicamente ocupado a maioria das posições nesse campo (Tabela 2).

Quanto à formação acadêmica, cabe destacar que a maioria dos profissionais possui um doutorado (92,31%), indicando um alto nível de qualificação educacional. Esse dado sugere um comprometimento com a excelência acadêmica e a busca pelo avanço do conhecimento na área. No que diz respeito ao tempo de experiência na enfermagem, observa-se uma distribuição relativamente equitativa entre diferentes faixas de anos de serviço. Isso pode indicar uma mistura saudável de experiências dentro do grupo de profissionais que foram juízes do estudo.

Um aspecto particularmente interessante é que todos os participantes possuem o maior grau de formação na área de geriatria, gerontologia, prática clínica ou enfermagem em neurologia. Isso sugere uma especialização concentrada dentro do grupo, o que pode resultar em um conhecimento mais significativo nesses campos específicos. Além disso, uma parcela substancial dos profissionais (69,23%) possui doutorado em enfermagem, com a tese focada na área de cuidados de enfermagem à pessoa idosa em enfermagem neurológica ou enfermagem clínica. Isso demonstra um compromisso com a pesquisa e o avanço do conhecimento em áreas relevantes para a prática de enfermagem geriátrica e neurologia.

Destaca-se que todos os participantes publicaram artigos sobre acidente vascular cerebral, geriatria, gerontologia e/ou prática clínica/enfermagem em neurologia em periódicos indexados. Esse alto nível de produção científica sugere um comprometimento com a disseminação do conhecimento e a contribuição para o avanço da área.

Tabela 2: Característica dos juízes participantes do estudo. Barra do Garças, Mato Grosso, 2023/2024 (n=13).

CARACTERÍSTICAS DOS JUÍZES	Nº	%	Média (em anos)
Idade (em anos)	----	----	46,30
Sexo			
Feminino	09	69,23%	----
Masculino	4	30,77%	----

Formação acadêmica			
Especialização	0	0%	----
Mestrado	1	7,69%	----
Doutorado	12	92,31%	----
Tempo de experiência na enfermagem (em anos)			
1 – 10	5	38,46%	17,00
11- 20	4	30,77%	
21- 30	3	23,08%	
31+	1	7,69%	
Maior grau de formação: em geriatria/gerontologia/prática clínica/enfermagem em neurologia: especialização; Mestrado; Doutorado	13	100%	----
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de cuidados de enfermagem à pessoa idosa em enfermagem neurológica ou enfermagem clínica.	9	69,23%	----
Artigos publicados sobre o acidente vascular cerebral/geriatria e gerontologia e/ou prática clínica/enfermagem em neurologia em periódicos indexados	13	100%	----

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

A análise dos resultados da pontuação dos enfermeiros especialistas, utilizando os critérios de Fehring (1987), fornece os dados dos 13 participantes envolvidos na validação de conteúdo do Plano de Alta de Enfermagem da Pessoa Idosa pós AVC (Quadro 7).

Ao analisar os resultados, observa-se que todos atingiram o ponto de corte superior a 5, sendo que o menor foi 10 e o maior foi 15.

A maioria dos juízes (7 de 13) atingiu o ponto de corte sem nenhuma variação. Dois juízes apresentaram uma variação de 6,67%, indicando apenas um ponto abaixo do ponto de corte (E6 e E12). Dois juízes (E1 e E11) apresentaram uma variação de 20%, indicando três pontos abaixo do ponto de corte, e dois juízes (E3 e E4) apresentaram uma variação de 33,33%, indicando cinco pontos abaixo do ponto de corte. Ao discutir cada critério e sua relevância para a avaliação da qualificação dos enfermeiros, nota-se que:

Ser mestre em enfermagem: Todos os enfermeiros avaliados receberam a pontuação máxima neste critério. Isso indica que todos possuem um alto nível de formação acadêmica na área de enfermagem, o que é fundamental para desempenhar um papel especializado na elaboração e validação do plano de alta.

Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de geriatria/neurologia: Embora nem todos os enfermeiros tenham dissertações específicas na área de geriatria/neurologia (E1, E3, E4, E11, E12), a maioria recebeu pelo menos parte da pontuação neste critério. Isso sugere que eles possuem algum conhecimento e experiência relevantes em suas áreas de especialização.

Ter pesquisas publicadas sobre geriatria/neurologia em enfermagem ou conteúdo relevante: Todos os enfermeiros receberam a pontuação máxima neste critério, o que demonstra um compromisso significativo com a pesquisa e a produção acadêmica na área de interesse.

Ter artigo publicado sobre geriatria/neurologia em enfermagem: Mais uma vez, todos os enfermeiros atingiram a pontuação máxima neste critério, indicando uma contribuição significativa para o corpo de conhecimento na área de geriatria/neurologia em enfermagem.

Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de geriatria/neurologia em enfermagem: A pontuação variou entre os enfermeiros, com alguns alcançando a pontuação máxima (E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13) e outros não pontuando (E1, E3, E4, E11). No entanto, a maioria dos enfermeiros possui um doutorado, o que demonstra um alto nível de qualificação acadêmica.

Ter prática clínica recente de, no mínimo, um ano na temática abordada: Todos os enfermeiros atingiram a pontuação máxima neste critério, indicando uma experiência prática substancial na área de geriatria/neurologia em enfermagem.

Ter capacitação (especialização) em área geriatria/neurologia em enfermagem de interesse: A pontuação variou entre os enfermeiros, com alguns alcançando a pontuação máxima (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E13) e outros não recebendo pontuação (E3 e E4). No entanto, a maioria dos enfermeiros possui capacitação especializada na área de interesse, o que é crucial para a validação eficaz do plano de alta.

Quadro 7 - Critérios de Fehring e pontuação dos enfermeiros especialistas que participaram da validação de conteúdo Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024.

Critérios de Fehring (1987)	Pontuação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
1.Ser mestre em enfermagem	4 pontos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2.Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de geriatria/neurologia	1 ponto	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1
3.Ter pesquisas publicadas sobre geriatria/neurologia em enfermagem ou conteúdo relevante	2 pontos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4.Ter artigo publicado sobre geriatria/neurologia em enfermagem	2 pontos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5.Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de geriatria/neurologia em enfermagem	2 pontos	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2
6.Ter prática clínica recente de, no mínimo, um ano na temática abordada	2 pontos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7.Ter capacitação (especialização) em área geriatria/neurologia em enfermagem de interesse	2 pontos	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TOTAL	15 pontos	12	15	10	10	15	14	15	15	15	15	12	14	15
Ponto de corte	5 pontos													

Fonte: Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol-Johnson RM, Paquete M, editores. Classifications of nursing diagnoses: proceedings of the Tenth Conference; 1994. Philad

O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) é uma medida estatística utilizada para avaliar a clareza dos itens em um instrumento de medida, como um questionário ou uma escala. Um CVC próximo de 1,00 indica alta clareza, ou seja, os itens são facilmente compreensíveis pelos participantes.

Na primeira rodada dos juízes, os resultados do CVC, quanto ao indicador de clareza, tiveram uma variação nos valores entre 0,076 e 1,00. Os valores abaixo de 0,538 corresponderam a 16 itens da clareza da construção do plano de alta, portanto esses itens necessitaram de revisão do pesquisador, atendendo às sugestões dos juízes para garantir assim a qualidade do instrumento de medida. O instrumento foi retornado aos 13 juízes para uma nova reavaliação. Isso sugere que, embora a maioria dos itens seja clara, ainda houve espaço para melhorias em alguns deles para garantir uma consistência total do instrumento. Por outro lado, a maioria dos itens (73,3%) apresentou o valor do CVC acima do estipulado para os 13 juízes, ou seja, houve uma variação entre 0,538 e 1,00. Quanto aos indicadores de relevância teórica e pertinência prática, todos os itens apresentaram valores de CVC superiores a 0,538, portanto adequados.

Na segunda rodada dos 13 juízes, após os ajustes do instrumento no indicador de clareza, apenas os itens 2.4 e 2.12 apresentaram valores de 0,846, considerando que a reavaliação foi adequada às sugestões dos juízes (Quadro 8).

Quadro 8: Indicadores de critérios quanto à clareza dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024.

(Continua...)

[illegible]

Quadro 8: Indicadores de critérios quanto à clareza dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024.

(Conclusão.)

Item/Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	CVR*
3.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

*Obs. Os CVR na cor vermelha estão abaixo do valor preconizado pelo autor

Ao analisar os resultados do CVC referente à relevância teórica, na primeira rodada, pode-se observar uma variação nos valores, com a maioria dos itens apresentando pontuações próximas de 1,00. Isso sugere que a maioria dos itens no instrumento de medida está alinhada com a proposta do estudo, mostrando um indicador positivo de qualidade. No entanto, também se nota alguns valores mais baixos, como 0,538. Esses valores indicaram que esses itens poderiam ter uma relevância teórica menor em relação aos outros, mas dentro dos parâmetros do indicador. Foi importante investigar esses itens com pontuações mais baixas para determinar se eles estão realmente alinhados com a proposta ou se precisavam ser revisados para melhorar sua relevância teórica. Por outro lado, também se pode observar algumas pontuações mais altas, como 1,00. Entretanto, na segunda rodada, com os 13 juízes, os valores variaram de 0,846 a 1,000, sendo que apenas três (8,5%) itens apresentaram valores de 0,846. Esses valores indicam uma alta relevância teórica dos itens correspondentes, o que é um indicador positivo da qualidade dos itens, uma vez que o autor preconiza, para os 13 juízes, um valor de CVC de 0,536 ou superior (Quadro 9).

Quadro 9: Indicadores de critérios quanto à relevância teórica dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024.

(Continua...)

[illegible]

Quadro 09 – Indicadores de critérios quanto à relevância teórica dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024.

(Conclusão.)

Item/Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	CVR*
3.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000

* Obs. Os CVR na cor vermelha estão abaixo do valor preconizado pelo autor

Na primeira rodada, dos 13 juízes, os resultados do CVC para a pertinência prática mostram uma variação nos valores, com a maioria dos itens apresentando pontuações consistentes em torno de 0,846. Isso sugere que a maioria dos itens no instrumento de medida é considerada prática e relevante para o contexto em questão, o que é um indicador positivo da qualidade do instrumento. No entanto, também é possível identificar alguns valores mais baixos, como 0,538 e 0,690. Esses valores indicam que esses itens poderiam ter uma pertinência prática menor em relação aos outros. Por outro lado, também se pode notar algumas pontuações mais altas, como 1,00.

Na segunda rodada dos 13 juízes, observa-se, no Quadro 10, que todos os itens apresentaram valores do CVC de 1,000. Isso mostra que todos os itens apresentaram valores acima de 0,536, o que demonstra que as sugestões dos juízes foram atendidas pelo pesquisador.

Quadro 10: Indicadores de critérios quanto à pertinência prática dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024

(Continua...)

[illegible]

Quadro 10: Indicadores de critérios quanto à pertinência prática dos itens, de acordo com o CVR, Barra do Garças. Mato Grosso, 2024

(Conclusão)

Item/Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	CVR*
3.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
3.9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000
4.6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1,000

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Na primeira rodada, no conjunto de dados fornecido nos quadros acima, os valores do CVC variaram de 0,538 a 1,00. Os valores mais próximos de 1,00 indicam uma baixa variabilidade em relação à média, sugerindo uma maior consistência nos dados. Por outro lado, os valores mais baixos, como 0,538, indicaram uma maior dispersão em relação à média, o que pode indicar uma menor consistência nos dados. No contexto prático, o CVC é uma ferramenta importante para avaliar a consistência e a precisão dos dados. Um CVC baixo indica que os dados estão mais próximos da média, sugerindo uma menor dispersão e maior consistência. Por outro lado, um CVC alto indica uma maior dispersão em relação à média, o que pode indicar uma maior variabilidade nos dados.

Ao analisar o CVC em um conjunto de dados, é importante considerar a pertinência prática dessa análise. Em muitos casos, um CVC alto pode ser esperado e até desejável, especialmente em situações onde a variabilidade é natural, como em estudos biológicos ou econômicos. Por outro lado, um CVC muito baixo pode indicar uma falta de variabilidade nos dados, o que pode ser preocupante em algumas situações.

Portanto, ao interpretar o CVC, é importante considerar o contexto específico da análise e a natureza dos dados em questão. Em alguns casos, um CVC alto pode ser aceitável e até esperado, enquanto em outros casos, um CVC baixo pode indicar problemas nos dados que precisam ser investigados mais a fundo.

Após o retorno da validação dos 13 juízes em relação aos indicadores de clareza, relevância teórica e pertinência prática, as sugestões de cada um dos juízes foram revisadas e os resultados foram reorganizados. A versão foi reencaminhada aos juízes para que a validação atingisse o CVC de 0,538 até no máximo 1,000 em todos os itens da clareza.

No retorno da segunda rodada, após a revisão cuidadosa e as sugestões dos 13 juízes da pesquisa, verificou-se que no indicador clareza, 5,7% dos itens apresentaram valores do CVC de 0,846, e a maioria apresentou CVC=1,000. No indicador relevância teórica dos itens, do total de itens, 8,5% deles apresentaram valores de 0,846 e a maioria com CVC de 1,000. Quanto à pertinência prática, o valor foi de 100% com CVC=1,000, o que demonstra que as sugestões foram acatadas pelos juízes.

Quadro 11 - Descrição do plano de alta de acordo com as evidências da literatura, validada por 13 juízes, Barra do Garças, Mato Grosso, 2024.

DOMÍNIO 1: ATENÇÃO INSTITUCIONAL	
Classes	Evidências da literatura
1. Suporte aos Cuidadores na Transição de cuidados em pacientes com AVC 2. Os desafios para Transição da Alta Hospitalar para o Domicílio após AVC 3. Impactos de Programas de Transição de Cuidados na Qualidade de Vida de Pessoas que tiveram AVC e Cuidadores 4. Programas de Transição de Cuidados Liderados por Enfermeiros(as) na Redução de Readmissões Hospitalares em Pacientes com AVC 5. Protocolo de Cuidados da Alta Hospitalar para a transição de Cuidados em pacientes com AVC	1. O(a) enfermeiro(a) deve assumir o papel de gerenciador(a) do cuidado com equipe interprofissional para a intervenção do cuidado. Pontos a serem considerados: compreensão, colaboração, coordenação e continuidade do cuidado. 2. O(a) enfermeiro(a) deve avaliar as necessidades de saúde física, mental e funcional do paciente para prover o cuidado baseado em sua individualidade. 3. O(a) enfermeiro(a) deve avaliar o apoio e o suporte social que o idoso terá no domicílio e a rede de atenção à saúde para a transição do cuidado do hospital para o domicílio. 4. Compreender os desafios da experiência do cuidado à pessoa idosa com AVC e o suporte ao cuidador do hospital para casa como um processo de desafios diários, sendo importante desenvolver estratégias e políticas de suporte aos cuidadores familiares de pacientes com AVC. 5. Estabelecer uma comunicação entre os profissionais de saúde e o cuidador familiar do idoso para uma transição de cuidado adequada. 6. Entender as fases de transição: aguda, de reabilitação, de ajuste, de estabilização e de manutenção, e as necessidades de cuidados e apoio associadas a cada fase. 7. Realizar a comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares foi o fator mais importante para uma transição de cuidado bem-sucedida, concentrando-se nas necessidades individuais dos pacientes, envolvendo cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado. 8. Avaliar alimentação adequada, vias aéreas, frequência respiratória, padrão respiratório, medicações, higiene, cuidados com a pele, eliminações, vestir, despir, posicionamento e transferência, prevenção de quedas. 9. Fornecer cuidados especializados de enfermagem, incluindo monitoramento constante dos sinais vitais, administração de medicamentos prescritos, prevenção de complicações, reabilitação e apoio emocional, é vital para o bem-estar do paciente. 10. Monitorar os pacientes que sofrem um AVC em relação aos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, adesão aos medicamentos, saturação de oxigênio. A detecção precoce de complicações é essencial. 11. A transição da alta hospitalar para casa após um AVC é um período crítico e desafiador para pacientes e cuidadores. 12. Os resultados da transição do cuidado mostraram que o programa de transição de cuidados foi efetivo na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e cuidadores após a alta hospitalar, reduzindo a ansiedade em relação ao retorno para o domicílio. 13. O programa de transição mostrou impacto positivo na compreensão dos pacientes sobre as consequências do AVC em sua capacidade de lidar com as limitações impostas pelo AVC e em sua percepção de controle sobre sua vida. 14. Implementar um plano de cuidados de transição, avaliações de saúde por telefone e visitas domiciliares. 15. Desenvolver estratégias e políticas de suporte aos cuidadores familiares de pacientes com AVC visando melhorar a qualidade do cuidado prestado e reduzir a sobrecarga e o estresse desses cuidadores. 16. Cuidadores com pouco conhecimento sobre a doença e suas consequências, bem como sobre os cuidados necessários para a pessoa idosa após a alta hospitalar. 17. Organizar o trabalho entre os profissionais de saúde visa a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado, o que constitui avanço para a área da enfermagem.

	18. Propor protocolo de cuidados para a alta que consiste em uma série de intervenções personalizadas para atender às necessidades individuais dos pacientes e avaliar as taxas de readmissão. 19. Melhorar a qualidade do planejamento de cuidados de alta hospitalar em pacientes com AVC agudo para reduzir a incidência de eventos adversos após a alta. 20. O protocolo propõe ações que visam preparar os cuidadores para lidar com as demandas do cuidado à pessoa idosa após a alta hospitalar, como orientações sobre medicação, cuidados com a pele, alimentação, higiene, entre outros. 21. O plano para a transição do cuidado mostrou que o planejamento para a alta foi associado a uma maior probabilidade de comparecimento às consultas de acompanhamento pós-alta e à diminuição do tempo de reinternação hospitalar.
DOMÍNIO 2: ATENÇÃO DOMICILIAR	
Classes	Evidências da literatura
1. Suporte aos Cuidadores na Transição de cuidados em pacientes com AVC.- 2. Os desafios para Transição da Alta Hospitalar para o Domicílio após AVC (6, 3. Impactos de Programas de Transição de Cuidados na Qualidade de Vida de Pessoas que tiveram AVC e Cuidadores 4. Programas de Transição de Cuidados Liderados por Enfermeiros(as) na Redução de Readmissões Hospitalares em Pacientes com AVC 5. Protocolo de Cuidados da Alta Hospitalar para a transição de Cuidados em pacientes com AVC	22. A fase da transição do cuidado do hospital para o domicílio é a mais crítica para a pessoa idosa pós-AVC e cuidadores, e o apoio social, a educação e o acompanhamento de saúde são fundamentais para garantir uma transição bem-sucedida. 23. Dinâmicas de visitas domiciliares e contatos telefônicos regulares de uma equipe de enfermeiros(as) especializados que monitoraram os pacientes forneceram suporte e educação para garantir a continuidade do atendimento. 24. O envolvimento ativo dos cuidadores na transição do cuidado é fundamental, mas a necessidade de atenção destes pode ter consequências negativas para a recuperação da pessoa idosa pós-AVC. 25. O apoio emocional e social adequado para a pessoa idosa e cuidadores é fundamental; os profissionais de saúde devem estar cientes das necessidades durante as diferentes fases da transição e fornecer apoio adequado para garantir uma transição bem-sucedida. 26. A comunicação efetiva é a base para um cuidado direcionado às necessidades da pessoa idosa com AVC e seus cuidadores familiares, sendo identificada como o fator mais importante para uma transição de cuidado bem-sucedida. 27. Avaliar o ambiente em que o paciente vive, incluindo a identificação de barreiras arquitetônicas como degraus, portas estreitas ou banheiros inadequados, que podem dificultar a mobilidade do paciente. 28. Identificar e eliminar potenciais riscos de quedas, como tapetes soltos, fios elétricos expostos, objetos no chão, entre outros. 29. A adaptação ambiental pode incluir a instalação de corrimãos, barras de apoio e outras ajudas de mobilidade para ajudar o paciente a se deslocar com mais facilidade e segurança em sua casa. 30. Adaptar o ambiente de forma a permitir que o paciente execute as atividades, como vestir-se, tomar banho e cozinhar, com o máximo de autonomia possível. A adaptação ambiental envolve a incorporação de dispositivos de tecnologia assistiva. 31. A adaptação ambiental não é um processo único; requer avaliação contínua para garantir que o ambiente continue atendendo às necessidades do paciente, especialmente à medida que sua condição de saúde evolui. Assim, a identificação rápida das sequelas de AVC é fundamental. 32. Os pacientes que sofrem um AVC exigem monitoramento constante dos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, adesão aos medicamentos e saturação de oxigênio. A detecção precoce de complicações é essencial. 33. Os resultados mostraram que o programa de transição de cuidados foi efetivo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que sofreram AVC e seus cuidadores após a alta hospitalar. 34. Os resultados da transição de cuidados indicaram que a equipe de

	enfermeiros(as) especializados desempenhou um papel fundamental na garantia da continuidade do atendimento e na redução das readmissões hospitalares após a alta hospitalar. 35. Os estudos apontaram para uma redução nos custos hospitalares. A qualidade do planejamento do cuidado de alta em pacientes com AVC agudo é variável e influenciada por diversos fatores, sendo fundamental para o sucesso da transição de cuidados.
DOMÍNIO 3: ATENÇÃO INFORMAL	
Classes	Evidências da literatura
1. Suporte aos Cuidadores na Transição de cuidados em pacientes com AVC 2. Os desafios para Transição da Alta Hospitalar para o Domicílio após 3. Impactos de Programas de Transição de Cuidados na Qualidade de Vida de Pessoas que tiveram AVC e Cuidadores 4. Programas de Transição de Cuidados Liderados por Enfermeiros(as) na Redução de Readmissões Hospitalares em Pacientes com AVC 5. Protocolo de Cuidados da Alta Hospitalar para a transição de Cuidados em pacientes com AVC	36. Identificar as necessidades individuais dos pacientes e envolver cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado. 37. Necessidade de intervenções direcionadas aos cuidadores a fim de fornecer o apoio necessário e melhorar a experiência da transição do cuidado. 38. A adaptação às mudanças da transição do hospital para o domicílio foi possível diante das estratégias de enfrentamento, aprendizagem e suporte. 39. Compreender os sentimentos e experiência dos pacientes e cuidadores durante o processo de transição da alta hospitalar para casa é fundamental, pois predomina a tristeza e as principais dúvidas foram alimentação, administração de medicamentos e possíveis complicações clínicas após a alta. Esses resultados alertam para o papel do enfermeiro(a) como educador(a), não somente na prevenção das doenças não transmissíveis, mas também na orientação aos cuidadores familiares sobre os cuidados após a alta hospitalar. 40. Monitorar os pacientes que sofrem um AVC exige monitoramento constante dos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, adesão aos medicamentos e saturação de oxigênio. A detecção precoce de complicações, reabilitação e apoio emocional são vitais para o bem-estar do paciente.

(continua...)

DOMÍNIO 4: AUTOCUIDADO	
Classes	Evidências da literatura
1. Suporte aos Cuidadores na Transição de cuidados em pacientes com AVC 2. Os desafios para Transição da Alta Hospitalar para o Domicílio após AVC 3. Impactos de Programas de Transição de Cuidados na Qualidade de Vida de Pessoas que tiveram AVC e Cuidadores 4. Programas de Transição de Cuidados Liderados por Enfermeiros(as) na Redução de Readmissões Hospitalares em Pacientes com AVC 5. Protocolo de Cuidados da Alta Hospitalar para a transição de Cuidados em pacientes com AVC	41. Colaboração dos profissionais de saúde para incentivar a participação ativa do paciente em seu cuidado, pois nesse processo se inicia a retomada de seu próprio autocuidado. 42. A abordagem deve estar centrada na pessoa na transição do cuidado, com ênfase na compreensão da experiência do paciente e na criação de soluções personalizadas para atender às necessidades individuais. 43. A comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pacientes e familiares foi identificada como o fator mais importante para uma transição de cuidado bem-sucedida. 44. Concentrar-se nas necessidades individuais dos pacientes e envolver cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado. 45. As intervenções incluíram educação sobre medicamentos, gerenciamento de sintomas, atividade física e nutrição. As intervenções foram adaptadas às necessidades individuais dos pacientes e os pacientes foram incentivados a definir metas pessoais para sua recuperação. 46. O programa também incluiu um sistema de suporte telefônico que permitiu que os pacientes entrassem em contato com enfermeiros(as) especializados(as) em caso de dúvidas ou problemas, estimulando assim seu autocuidado. 47. A intervenção de cuidados transicionais virtuais é uma estratégia importante e foi considerada útil para os pacientes e cuidadores, fortalecendo sua autonomia. 48. Foram incluídos como facilitadores o uso da tecnologia e o suporte contínuo da equipe de cuidados transicionais. As principais barreiras foram a falta de acesso à tecnologia e a falta de suporte dos cuidadores, entretanto, é uma estratégia para o cuidado. 49. Os pacientes que sofrem um AVC exigem monitoramento constante dos sinais vitais, incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e adesão aos medicamentos, bem como a medição da saturação de oxigênio. Todos esses itens são essenciais para a detecção precoce de complicações. 50. Os(as) enfermeiros(as) desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados contínuos, reabilitação e educação ao paciente e à família sobre a prevenção de AVC recorrente e os cuidados apropriados. 51. O programa de transição promove um envolvimento mais ativo dos pacientes em sua própria recuperação, aumentando sua confiança em suas próprias habilidades e em sua capacidade de lidar com o AVC.

Explorar o conhecimento produzido na literatura sobre a transição do cuidado da pessoa idosa pós-AVC do hospital para o domicílio revela-se como um processo de revisão minuciosa diante da complexidade global dessa problemática.

Na prática profissional cotidiana, observa-se que, após ser atendida no serviço de saúde, a pessoa idosa recebe alta hospitalar. Embora o acompanhamento pós-atendimento hospitalar seja geralmente conduzido por profissionais médicos, a falta de acesso à educação em saúde em seu ambiente de cuidado é uma realidade comum. Isso dificulta a compreensão da doença, suas complicações na rotina diária e a aprendizagem sobre o autocuidado ou a necessidade de assistência por parte de terceiros.

O AVC pode ter impactos devastadores na vida da pessoa idosa, tanto física quanto emocionalmente. Algumas das consequências mais comuns da doença incluem deficiências físicas, como paralisia ou fraqueza em um lado do corpo, o que dificulta a mobilidade e a realização de tarefas diárias. Além disso, muitos idosos que sofrem um AVC enfrentam dificuldades para falar, entender a linguagem ou se expressar, o que pode levar à frustração e ao isolamento social. O AVC também pode causar danos ao cérebro que afetam a memória, o raciocínio e a capacidade de tomar decisões, tornando as atividades diárias mais desafiadoras. Em termos emocionais, muitos idosos experimentam mudanças de humor, irritabilidade, ansiedade ou depressão após um AVC, o que pode afetar sua qualidade de vida e bem-estar emocional. Além disso, o AVC pode prejudicar a capacidade de engolir de forma segura, aumentando o risco de aspiração e pneumonia. Na prática profissional, observamos que a pessoa idosa é atendida no serviço de saúde, é tratada e recebe alta hospitalar (ARAÚJO et al., 2018; PIMENTEL; FILHA VAVS, 2019).

Nesse contexto, a transição do ambiente hospitalar para o domicílio emerge como um período crítico. A falta de suporte adequado nesse momento pode resultar em desafios complexos, sobrecarregando os cuidadores e aumentando o risco de readmissões (LINDBLOM et al., 2020; NETTINA, 2021). Um estudo analisou as causas de readmissão em pacientes que receberam alta pós-AVC nas unidades especializadas do sudoeste da Inglaterra e destacou a importância fundamental do plano de alta para minimizar essas readmissões (GORDON et al., 2023). Ademais, o recebimento de um plano de cuidados de alta foi associado a uma maior probabilidade de comparecimento às consultas de acompanhamento pós-alta (POLHILL et al., 2022).

O acompanhamento, na maioria das vezes, é médico, e nem sempre a pessoa tem acesso à educação em saúde para compreender a doença e suas complicações no dia a dia, bem como aprender a se autocuidar ou reconhecer a necessidade de cuidados de terceiros. Embora a reabilitação seja uma prática necessária, a maioria das pessoas afetadas pela doença não tem acesso a serviços especializados em nosso país. Diante desse cenário, o presente estudo traz dados que podem ajudar na compreensão e no enfrentamento dessa realidade no cotidiano dos profissionais de saúde (PUGH et al., 2022).

Para desenvolver um plano de alta eficaz, o enfermeiro inicia o processo avaliando as necessidades e riscos do paciente pós-AVC, especialmente no contexto domiciliar (SANTOS et al., 2020). É imperativo que o plano de alta contenha informações que elucidem as repercussões específicas do AVC. Além disso, o enfermeiro deve abordar questões cruciais, tais como o risco de infecções, a possibilidade de quedas e a ameaça de desenvolver lesões por

pressão, complicações intrínsecas ao quadro pós-AVC. Essa abordagem visa assegurar uma transição mais segura para o ambiente domiciliar (MCNAIR, 2019).

O enfermeiro é o profissional responsável por orientar o paciente e o cuidador sobre a utilização da Rede de Atenção à Saúde, para que este continue recebendo cuidados por uma equipe de saúde. Um estudo evidenciou a falta de comunicação clara e consistente entre a equipe de saúde e o cuidador da pessoa idosa como um obstáculo para a transição do cuidado adequada (RODRIGUES et al., 2013). Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da comunicação e acesso a cuidados para uma abordagem mais abrangente e integrada entre as equipes de saúde, o cuidador e a pessoa idosa, visando garantir uma transição de cuidado bem-sucedida (RODRIGUES et al., 2013; MARKLE-REID et al., 2020; NETTINA, 2021); buscando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado (RODRIGUES et al., 2013).

Os sobreviventes de AVC enfrentaram dificuldades para se reintegrar à comunidade após a alta hospitalar, devido à falta de apoio e recursos, dificuldades de mobilidade e de acesso aos serviços de saúde, restrições financeiras e falta de compreensão e apoio da família e comunidade (GOVENDER et al., 2019). Com base nisso, um plano de alta do enfermeiro inclui oferecer informações sobre serviços de saúde comunitários e grupos de apoio.

Um dos elementos essenciais do planejamento de alta ideal envolve a participação ativa do paciente e dos cuidadores como parceiros integrais ao longo de todo o processo educacional. É necessário que todos os envolvidos estejam prontos para as adaptações e mudanças que podem ocorrer por meio da implementação de estratégias de enfrentamento, aprendizagem e suporte (ANDRADE, 2009).

Alguns autores afirmam que, para educar pacientes e cuidadores, devem ser considerados seus conhecimentos sobre saúde, habilidades e preferências. Sendo necessário utilizar recursos como linguagem simples, intérpretes, demonstrações ou materiais escritos, com base na avaliação de suas habilidades (BRETZ et al., 2014; LUTHER et al., 2019). O processo educacional envolve o fornecimento de informações claras e coerentes sobre a condição de saúde, limitações físicas, emocionais, sociais, bem como desafios no processo de cuidado (GOVENDER et al., 2019; MCNAIR, 2019).

Estudos identificaram que as principais dúvidas de cuidadores e pacientes com diagnóstico de AVC foram: alimentação, administração de medicamentos, possíveis complicações clínicas após a alta, condição de saúde e cuidados com o corpo. Com base nisso, é fundamental ensinar os cuidadores como medir e registrar sinais vitais, sintomas de alerta, como alterações repentinas na fala, fraqueza ou paralisia em um lado do corpo, detalhar sobre

os medicamentos prescritos, oferecer orientações sobre os cuidados com a pele para prevenção de lesões por pressão e higiene adequada (SILVA et al., 2019; CAMICIA et al., 2021; NETTINA, 2021; HINKLE et al., 2023).

Além dos desafios dos cuidados físicos, a falta de suporte pode impactar negativamente os sobreviventes e cuidadores. O cuidado após um AVC representa um período delicado para os envolvidos (RODRIGUES et al., 2013), levando a sentimentos de incerteza e ansiedade (ELLIS-HILL et al., 2009), devido às alterações abruptas na rotina diária e à necessidade de adaptação para a nova realidade, resultando em casos de esgotamento emocional e sobrecarga de cuidados (SILVA et al., 2019). Nesse sentido, destaca-se a necessidade de atenção adequada à dimensão emocional dos pacientes pós-AVC e cuidadores (RODRIGUES et al., 2013; MCNAIR, 2019; SANTOS et al., 2020; HINKLE et al., 2023).

Salienta-se que um protocolo qualifica a transição do cuidado após a alta hospitalar, auxiliando os enfermeiros na prática assistencial. Entretanto, vários estudos realizados com sobreviventes do AVC e seus cuidadores evidenciaram a necessidade de abordagens mais personalizadas e centradas no paciente (RODRIGUES et al., 2013; GOVENDER et al., 2019; LINDBLOM et al., 2020).

Assim, a alta hospitalar após um AVC representa um marco significativo, demandando uma atenção especial para garantir uma transição segura e eficaz (PUGH et al., 2022; POLHILL et al., 2022). Nessa direção, os enfermeiros desempenham uma função necessária no planejamento de alta, fornecendo educação em saúde tanto ao paciente quanto à família (SANTOS et al., 2020; NETTINA, 2021; HINKLE et al., 2023).

Por sua vez, os artigos apresentam propostas, por vezes pouco claras, sobre a implementação do plano de alta para cada pessoa idosa, considerando suas necessidades de saúde. Essa análise nos leva a refletir sobre como a população idosa brasileira, com suas diversas culturas e em diferentes regiões, pode adotar o cuidado domiciliar por meio de um plano de alta hospitalar.

Entretanto, destacam-se a complexidade e também os desafios da transição de cuidados após um AVC, tanto para os pacientes quanto para os cuidadores. A comunicação efetiva, o suporte adequado, a educação e o planejamento cuidadoso são essenciais para uma transição bem-sucedida. A maioria dos estudos também destaca a importância de abordagens integradas e centradas no paciente para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir reinternações hospitalares.

Durante a transição para casa após um AVC, pacientes e cuidadores enfrentam desafios significativos, como preocupações com segurança, mudanças de papel e relacionamentos, falta

de informação e apoio insuficiente. No entanto, observou-se que a adaptação a essas mudanças foi possível por meio de estratégias de enfrentamento, aprendizagem e suporte. Ellis-Hill et al. (2009), em seu estudo, recomendam a aplicação de abordagens mais integradas e centradas no paciente para melhorar a qualidade do cuidado durante a transição, destacando a importância das informações.

No que diz respeito à redução na reinternação e ao aumento da adesão medicamentosa, Bretz et al. (2014) demonstraram que essas condições são reduzidas com um programa de transição de cuidados após AVC. Os autores enfatizaram a importância de programas semelhantes direcionados a faixas etárias mais jovens e mais idosas, que geralmente apresentam piores desfechos de saúde.

Em um estudo realizado por Gustafsson et al. (2014), foi observado que o programa STRENGTH resultou em maior satisfação dos pacientes com a transição para casa, além de melhorar a compreensão sobre o AVC e a capacidade de lidar com suas limitações. Os autores consideram que esse programa é importante para promover um maior envolvimento dos pacientes em sua própria recuperação.

Outro estudo evidenciou que um programa estruturado de transição de cuidados, liderado por enfermeiros, reduziu as readmissões hospitalares após AVC e foi bem recebido pelos pacientes e cuidadores. Portanto, Condon et al. (2016) destacaram o papel fundamental dos enfermeiros na garantia da continuidade do atendimento e na redução das readmissões.

Assim, um programa de transição de coordenação do cuidado para pacientes com AVC é viável, pois está associado a uma maior satisfação do paciente. No entanto, Zimmerman et al. (2021), em seu estudo, referem que não existe diferença no tempo de permanência hospitalar. É importante identificar pacientes com maior risco de hospitalizações prolongadas para direcionar melhor os recursos, bem como o planejamento da alta hospitalar. Em relação à redução de custos nos serviços de saúde, Markle-Reid et al. (2020) referem que uma intervenção de cuidados transicionais para idosos com múltiplas comorbidades após AVC é uma possibilidade viável para reduzir os custos com serviços.

Com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado e a capacitação dos cuidadores familiares, Santos et al. (2020) desenvolveram um protocolo assistencial para auxiliar os enfermeiros no cuidado domiciliar de idosos após AVC. O protocolo de promoção da capacitação dos cuidadores foi capaz de reduzir as complicações e reinternações dos pacientes após AVC.

Connolly e Mahoney (2018) enfatizaram a necessidade da comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes/cuidadores durante a transição do cuidado, pois isso é

fundamental para garantir uma transição adequada e eficaz. Nesse contexto, ressaltou-se a importância de disponibilizar informações claras e precisas para possibilitar tomadas de decisão informadas e seguras.

A transição após um AVC se constitui em cinco fases: 1) aguda, que inicia logo após o AVC e pode durar algumas semanas, caracteriza-se pelo tratamento médico imediato e os primeiros ajustes à condição pós-AVC; 2) reabilitação inicial, que geralmente ocorre nas semanas e meses seguintes ao AVC, concentra-se na reabilitação física e emocional para melhorar as funções perdidas; 3) reabilitação avançada, que pode se estender pelos primeiros seis meses a um ano após o AVC, envolve uma abordagem mais intensiva para recuperar habilidades e independência; 4) integração, que ocorre a partir de seis meses até vários anos após o AVC, é marcada pela busca dos indivíduos em integrar suas novas habilidades e limitações à vida cotidiana, frequentemente com suporte contínuo de profissionais de saúde. A quinta fase, de manutenção, que pode ser de longo prazo, envolve a manutenção das habilidades adquiridas e o gerenciamento contínuo de quaisquer sequelas ou complicações do AVC (MCNAIR, 2019).

Nesse contexto, o autor ainda enfatiza a importância do apoio social, educação e acompanhamento de saúde para garantir uma transição bem-sucedida, além da necessidade de maior atenção aos cuidadores (MCNAIR, 2019).

Existem dificuldades enfrentadas pelos sobreviventes de AVC para se reintegrar à comunidade. Nessa direção, Govender et al. (2019) destacam a importância de uma abordagem centrada na pessoa na transição do cuidado. Por isso, são necessárias informações e orientações adequadas para os pacientes de AVC e suas famílias, bem como a melhoria do suporte e dos serviços disponíveis na comunidade.

Uma das qualidades de uma adequada transição de cuidado em pessoas com AVC é a comunicação efetiva, que é destacada por Lindblom et al. (2020) como o fator mais importante para uma transição bem-sucedida. No processo de transição de cuidado, este deve se concentrar nas necessidades individuais dos pacientes e envolver cuidadores e familiares nessa etapa (Lindblo et al., 2020). As preocupações dos cuidadores durante a transição do cuidado para casa após o AVC, e referida por Camicia et al. (2021) como algo significativo, destacam que é importante o fornecimento de um suporte adequado aos cuidadores. Foi ressaltada a importância de lidar com as preocupações dos cuidadores antes da alta hospitalar como um meio de promover uma transição bem-sucedida.

Os estudos de Rodrigues et al. (2013) e McNair (2019) destacaram a importância da comunicação entre a equipe de saúde e os cuidadores, bem como o apoio emocional e social

durante a transição do cuidado. A falta de informações claras e apoio adequado foi identificada como um dos principais obstáculos para uma transição bem-sucedida.

Estudos demonstraram que programas de transição de cuidados foram eficazes na redução de readmissões hospitalares e custos, ressaltando a importância de abordagens integradas e centradas no paciente (GUSTAFSSON et al., 2014; CONDON et al., 2016).

Nessa direção, Bretz et al. (2014) e Camicia et al. (2021) destacam a eficácia de programas de intervenção específicos na preparação dos pacientes e cuidadores para a transição para casa, melhorando a satisfação e a capacidade de lidar com as demandas do cuidado.

Por fim, estudos como Govender et al. (2019) e Zimmerman et al. (2021) ressaltaram a importância de uma abordagem centrada na pessoa, com suporte individualizado e compreensão das necessidades dos pacientes e cuidadores durante a transição do cuidado.

No estudo de Lindblom et al. (2020), os participantes responderam a um questionário detalhando suas experiências e nível de satisfação com as transições de cuidado. Assim, os resultados indicaram que a maioria dos participantes relatou uma experiência positiva, considerando as transições de cuidado como de alta qualidade. No entanto, aproximadamente um quarto dos participantes referiu uma baixa qualidade percebida nessas transições. Entre os fatores associados à baixa qualidade percebida, destacam-se a idade acima de 65 anos, pontuação elevada na escala de Rankin modificada (que avalia o grau de incapacidade após o AVC), falta de informações adequadas sobre o AVC e o plano de cuidados, pouco contato com profissionais de saúde após a alta hospitalar, além de uma menor participação nas decisões relacionadas ao cuidado. As conclusões do estudo apontam para a necessidade de se melhorar as transições de cuidado entre o hospital e o domicílio para pacientes com AVC, especialmente entre os idosos e aqueles que padecem com um maior grau de incapacidade. Esses grupos necessitam de um maior suporte informacional, comunicação mais efetiva e maior envolvimento em suas decisões de cuidado.

As preocupações dos cuidadores de pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) sobre as implicações de longo prazo do AVC e o papel de cuidador, após completarem o instrumento de Avaliação da Preparação para a Transição do Cuidado após o AVC (PATH-s, na sigla em inglês), foram um dos itens que chamam a atenção do estudo de Camicia et al. (2019).

O estudo foi realizado nos Estados Unidos, de modo que os cuidadores responderam a um questionário e participaram de entrevistas cognitivas sobre suas experiências e satisfação com as transições de cuidado. Destaca-se a importância do PATH-s como uma ferramenta efetiva na identificação de possíveis problemas e preocupações enfrentados pelos cuidadores em relação ao AVC e ao seu papel de cuidador. Diante das incertezas acerca do prognóstico de

longo prazo do AVC, os cuidadores relataram sentimentos de antecipação e motivação para agir de forma proativa na abordagem de suas preocupações. Além disso, identificamos que os cuidadores expressaram uma necessidade crescente de mais informações, comunicação, apoio e envolvimento nas decisões relacionadas ao cuidado (Camicia et al., 2021).

Em vista dos achados obtidos, fica claro que o PATH-s pode desempenhar um papel vital no auxílio aos enfermeiros de reabilitação, permitindo-lhes entender e atender de forma mais precisa as necessidades específicas dos cuidadores antes da alta hospitalar. Essa pesquisa também ressaltou a importância dos enfermeiros fornecerem educação, orientação e recursos relevantes para os cuidadores, com o objetivo de facilitar e melhorar as transições de cuidado entre o ambiente hospitalar e o domicílio, especialmente para as pessoas que sofreram AVC (CAMICIA et al., 2021).

Diante dos achados da literatura, a proposta para o desenvolvimento da construção de um protocolo para o plano de alta visa atender essa parcela da população que sofreu um AVC, assim como sua família, que na maioria das vezes não tem preparo e tampouco suporte para gerenciar esse cuidado.

A validação da proposta para o plano foi baseada na revisão de escopo e na análise de conteúdo, utilizando o software IRAMUTEQ e considerando as sugestões dos 13 juízes especialistas de diferentes regiões do país, com formação nas áreas de gerontologia e/ou neurologia, com o uso da análise do CVR. Outras pesquisas também propuseram a análise da literatura para o planejamento da alta do paciente pós-AVC e utilizaram diferentes instrumentos de medida, como, por exemplo, a Técnica Delphi.

Um estudo objetivou construir e validar um protocolo de cuidados de enfermagem com intervenções educativas para familiares de pacientes idosos no pós-AVC. Para isso, contou com 42 participantes que responderam a um questionário contendo 12 domínios, que englobavam autocuidado, rede de atenção à saúde, apoio emocional, especificidades e orientações sobre o AVC. O nível de concordância deveria ser de 75%, através da soma de respostas de “concordo” e “não concordo” (Tipo Likert), sendo essa etapa de validação também realizada através da Técnica Delphi (SANTOS et al., 2020).

Cabe destacar que não foi identificada, na literatura, a análise de validação com o uso do CVR em estudos com pacientes pós-AVC. No entanto, na revisão da literatura, identificou-se que no estudo de Lee et al. (2022), com o objetivo de preparar pacientes com insuficiência cardíaca para a transição do hospital para casa, utilizaram a técnica Delphi com 3 *rounds* e contou com 10 especialistas para compor a avaliação, de modo que o consenso deveria apresentar uma mediana de 4,0 ou mais, ou concordância de 75% entre os juízes. Os autores

utilizaram o CVR estabelecido em 0,62 para 10 especialistas (LEE et al., 2022). Portanto, a análise do consenso por meio do CVR permite maior coerência e validação nos itens de análise.

Na análise do indicador clareza, 16 itens, de um total de 60, estiveram abaixo de 0,538 para 13 juízes, indicando a necessidade de revisão. Como apontam Lee et al. (2022), o estudo dos autores realizou 3 *rounds* dos juízes até o momento final do protocolo. Essa estratégia é importante até a consolidação da proposta para atingir o objetivo proposto no estudo. Dessa forma, no presente estudo, houve a necessidade de duas rodadas do instrumento até a sua finalização.

Os indicadores relevância teórica e pertinência prática, em todos os itens, apresentaram CVR acima da proposta do autor, para 13 juízes, com valor de 0,846, chegando até o máximo, 1,00. Esses dados demonstraram a pertinência teórica dos dados, corroborando assim com a revisão de escopo do presente estudo.

Seguindo o referencial utilizado, o plano de alta de pessoas idosas que sofreram AVC, da transição do hospital para o domicílio, deve ter como meta a preservação da independência. O AVC, dependendo do grau e da condição do paciente, deve ser avaliado, pois estar no processo de senescência, associada à senilidade, principalmente com uma doença impactante que pode levar a inúmeras manifestações, deve ser acompanhado por um período longo, conforme descrito nas fases descritas por McNair (2019).

As recomendações da literatura, conforme mostrado no Quadro 6, mostram que a comunicação eficaz e o acesso a cuidados, a avaliação do enfermeiro sobre riscos e necessidades, o treinamento e a educação em saúde da pessoa idosa e da família, e a intervenção do plano gradual devem compor o plano.

A comunicação da equipe de enfermagem perpassa todos os domínios do cuidado. Ela é considerada essencial para a proposição conjunta do cuidado da pessoa idosa com a família, desde as atividades consideradas as mais simples até as mais complexas, como a administração de medicamentos, que melhora a adesão, e a reabilitação para melhorar a mobilidade. Esses dois pontos também foram citados no estudo de Olson e Juengst (2019). No presente estudo, em particular, esses pontos foram considerados essenciais, principalmente em pessoas mais velhas, com maior vulnerabilidade física, cognitiva e social.

O enfermeiro, segundo Olson e Juengst (2019), é um profissional que tem uma oportunidade ímpar para acompanhar o paciente no período hospitalar até o domicílio. Os serviços de saúde devem ter programas de referência e contrarreferência para esse tipo de atendimento. Os resultados, segundo as autoras, proporcionam melhora na adesão à medicação, funcionamento físico, estratégias para reduzir riscos de um novo AVC e outros fatores de risco.

Outro ponto a ser destacado é a oportunidade de aprendizagem da pessoa idosa e sua família nos cuidados até atingir o autocuidado no domicílio.

Esse plano, em formato de um protocolo de guia, favorecerá a atuação da equipe de enfermagem desde a entrada da pessoa idosa no hospital até seu domicílio. Esse momento é uma oportunidade para diminuir complicações, evitar reinternações e aumentar a sensação de empoderamento do paciente para se autocuidar e ser referenciado para os serviços de saúde.

Limitações do estudo:

Considerando a prevalência do AVC na população idosa e a necessidade premente de programas de transição de cuidado efetivo para a continuidade do cuidado no domicílio, chama a atenção que uma das limitações dos estudos na revisão de escopo é que os autores identificados não detalham os programas para que estes sejam replicados em outros serviços de saúde. Outra limitação do estudo foi a não inclusão de artigos fora dos idiomas estipulados.

Quanto à validação do instrumento pelos juízes, uma das limitações deve-se à revisão dos dados advindos do IRAMUTEQ, que encaminhamos aos juízes o produto bruto. Entretanto, os juízes especialistas teceram comentários essenciais para uma nova versão do material, e foi possível a finalização do plano validado na versão 2.

4.2 Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio

Quadro 12 - Proposta do protocolo para o plano de alta com os quatro domínios de transição de cuidado da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024. Barra do Garças, Mato Grosso, 2024. Etapa 2

Objetivo do protocolo para o plano de alta: Avaliar a condição de saúde da pessoa idosa que sofreu acidente vascular cerebral e propor ações de cuidado de enfermagem na atenção institucional, no domicílio para promover o autocuidado. Enfermeiro: gerenciador do cuidado de enfermagem com equipe interprofissional para a intervenção do cuidado. Pontos a serem considerados na transição do cuidado: Estabelecer uma comunicação entre os profissionais de saúde e o cuidador familiar da pessoa idosa para uma transição de cuidado adequada, concentrando-se nas necessidades individuais dos pacientes, envolvendo cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado. Enfermeiro: _____ Número do COREN: _____			
I. DADOS PESSOAIS DO PACIENTE 1. Nome:..... 2. Data de nascimento:..... 3. Sexo: Masculino () ; Feminino () ; 4. Com quem mora: só () ou com outra(s) pessoa(s) () 5. Nível de escolaridade: anos de estudo 6. Possui cuidador familiar ou outro: sim (), não () II. AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE 7. Data de admissão no hospital: : / / 8. Data de alta hospitalar: : / / 9. Diagnóstico principal: 10. Outras Morbidades: 11. Controle dos sinais vitais: PA:..... Frequencia cardíaca:.....Temperatura:.....Frequencia respiratória: 12. Dificuldade na Memória: SIM () NÃO () Frequência: Problema de memória afeta as atividades no dia a dia Solicitar a pessoa idosa avaliar a sua memória, sendo 1 a pior e 10 a melhor Avaliar a atenção e a compreensão da pessoa idosa no cotidiano, observação da fala 13. Avaliar visão, audição e fala: 14. Atividade instrumentais da vida diária:	1ª Avaliação na instituição	2ª Avaliação Pós alta hospitalar.	3ª Avaliação no Domicílio

Avaliar a capacidade da pessoa idosa para tomar medicação, desenvolver tarefas domésticas, preparo dos alimentos, fazer as compras, viajar e fazer uso do telefone 15. Atividade básicas da vida diária: Avaliar a capacidade da pessoa idosa para realizar as refeições, tomar banho, vestir-se, evacuação, micção, transferência da cama para cadeira e vice-versa, deambulação e subir e descer escada			
16. Mobilidade Avaliar se a pessoa idosa apresenta dificuldade para manter-se sentado e/ou em pé e para deambular, faz uso de cadeira de rodas ou apoio para caminhada, como uso de bengala e/ou andador. Avaliar equilíbrio; 17. Medicamentos (nomes, dosagem, vias de administração e horário): 18. Procedimentos médicos indicados a pessoa idosa na pós alta:..... 19. Alimentação: tipos, quantidade por dia, vias de administração, observar alterações durante a deglutição: 20. Hidratação: quantidade e vias de administração:..... 21. Vias aéreas:.....padrão respiratório:..... 22. Higiene corporal, oral e cuidado com a pele:..... 23. Sequelas pós-AVC: paralisia facial, fraqueza muscular, dor, tato, edema (inchaço) e sensação térmica, alterações visuais, observação da respiração, fadiga, humor, lesões de pressão (nos acamados); 24. Prevenir riscos à saúde como evitar sandálias sem fixar no tornozelo, roupas mais largas, com fechos e abertos para facilitar a troca, ter a mão apoios para os pés, para calçar o sapato, barras na cama, se precisar de segurança e nos banheiros, para evitar quedas; Checar uso de tecnologias como celular e outros para comunicação com Unidade Básica de saúde e familiares.			

AVALIAÇÃO	1ª Avaliação na instituição	2ª Avaliação Pós alta hospitalar.	3ª Avaliação no Domicílio
NÍVEL DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA DOMINIO 1: ATENÇÃO INSTITUCIONAL- nesse dominio durante a internação hospitalar o plano, já em desenvolvimento, deverá ser escrito e a equipe de enfermagem iniciar com a pessoa idosa o processo de ensinar o autocuidado, momento esse da elaboração do plano a ser desenvolvido no domicílio.			

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

1. Avaliação das necessidades de saúde física, mental e funcional do paciente para prover o cuidado baseado na sua individualidade, com ênfase no autocuidado. Utilizar escalas de avaliação validadas no país;
2. Avaliação do apoio e o suporte social que a pessoa idosa terá no domicílio e a rede de atenção à saúde para a transição do cuidado do hospital para o domicílio;
3. Compreensão dos desafios da experiência do cuidado a pessoa idosa com AVC e o seu suporte ao cuidador do hospital para casa e propor estratégias e políticas de suporte aos cuidadores familiares de pacientes com AVC, reduzir a sobrecarga e o estresse desses cuidadores;
4. Diálogo com a pessoa idosa e seus familiares para a compreender fases de transição: aguda, de reabilitação, de ajuste, de estabilização e de manutenção e as necessidades de cuidados e apoio associadas a cada fase;
5. Oferecer os cuidados especializados de enfermagem ingesta de alimentos e líquidos, monitoramento constante dos sinais vitais, administração de medicamentos prescritos, avaliar constantemente o nível de consciência, prevenção de complicações, reabilitação e apoio emocional, saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações é vital para o bem estar do paciente. Já iniciar o autocuidado das atividades com déficit, após o AVC;
6. Organização do trabalho entre os profissionais de saúde visando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado, o que constitui avanço para a área da enfermagem;
7. Elaboração do plano de ações educativas para os cuidadores familiares com estratégias básicas de cuidado, direcionadas às necessidades da pessoa idosa pós AVC, no decorrer da internação hospitalar, iniciando o a educação em saúde aos pacientes e familiares;
8. O plano deverá ser escrito, com cópia a família da pessoa idosa e ao serviço de atenção primária que deverá acompanhá-la no seu domicílio.

NÍVEL DEPENDÊNCIA PESSOA IDOSA

DOMÍNIO 2: ATENÇÃO DOMICILIAR- nesse processo de transição a equipe de enfermagem deverá ter contato com o cuidador familiar e encaminhar os dados e necessidades da pessoa idosa pós alta hospitalar para o domicílio, a UBS ou SAD mais próxima, que deverá realizar a visita de avaliação da pessoa idosa, das condições do domicílio e do conhecimento da família para sistematizar o cuidado, assim como encaminhá-lo para outras redes de apoio, caso necessário.

1. A fase da transição do cuidado do hospital para o domicílio é a mais crítica para a pessoa idosa pós AVC e cuidadores, e que o apoio social a educação e o acompanhamento de saúde são fundamentais para garantir uma transição bem sucedida;

2. O serviço hospitalar deverá elaborar o plano em conjunto enfermeira, pessoa idosa e família para encaminhamento a UBS mais próxima, para o monitoramento 3. Dinâmicas de visitas domiciliares e contatos telefônicos regulares de uma equipe de enfermeiros(as) especializados da atenção básica que monitoraram os pacientes forneceram suporte e educação, para garantir a continuidade do atendimento; 4. A falta de envolvimento dos cuidadores pode ter consequências negativas para a recuperação da pessoa idosa pós AVC. Deve-se incentivar o envolvimento dos cuidadores na transição do cuidado; 5. O apoio emocional e social adequado para a pessoa idosa e cuidadores é fundamental, para que os profissionais de saúde estejam cientes das necessidades durante o retorno para o domicílio; 6. A comunicação efetiva é a base para um cuidado direcionado às necessidades da pessoa idosa com AVC e seus cuidadores familiares. sendo identificada como o fator primordial para a recuperação da pessoa idosa; 7. A avaliação do ambiente em que o paciente vive é fundamental, considerando que alguns desses podem apresentar hemiplegia, dificultando a mobilidade e podendo correr risco de quedas; 8. A adaptação ambiental pode incluir a instalação de corrimãos barras de apoio e outras ajudas de mobilidade para ajudar o paciente a se deslocar com mais facilidade e segurança em sua casa . Inclui a identificação de barreiras arquitetônicas como degraus, portas estreitas ou banheiros inadequados que podem dificultar a mobilidade do paciente; 9. A adaptação do ambiente deve permitir que o paciente execute as atividades, como vestir-se, tomar banho e cozinhar com o máximo de autonomia possível a adaptação ambiental envolve a incorporação de dispositivos de tecnologia assistiva, se houver essa possibilidade; 10. A adaptação ambiental não é um processo único, requer avaliação contínua para garantir que o ambiente continue atendendo às necessidades do paciente especialmente à medida que sua condição de saúde evolui, assim a identificação rápida das sequelas de AVC é fundamental; 11. Os profissionais da equipe de atenção primária à saúde devem dispor de indicações de suporte disponíveis na comunidade para auxiliar na recuperação da pessoa idosa pós AVC; 12. Os pacientes que sofrem AVC exigem monitoramento constante dos sinais vitais incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, reforço a adesão aos medicamentos a saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações, alimentação adequada e a hidratação. O enfermeiro da atenção básica deverá atuar com a família nesse processo de cuidar;			
--	--	--	--

NÍVEL SEMI DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA

DOMÍNIO 3: ATENÇÃO INFORMAL- os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde deverão avaliar a condição da pessoa idosa diante do plano da alta, conhecer o contexto de cada família para esse processo do cuidar e ampliar a rede de cuidado, a depender de cada necessidade. Deve-se levar em consideração as condições ambientais, sociais e culturais de cada família.

1. A adaptação as mudanças da transição do hospital para o domicílio deve ser possível diante das estratégias de enfrentamento, de aprendizagem para o autocuidado e suporte social;
2. Identificação das necessidades individuais dos pacientes e envolvimento dos cuidadores e familiares, já no domicílio;
3. Identificação dos déficits de autocuidado para intervenção nas necessidades da pessoa idosa;
4. Necessidade de intervenções direcionadas aos cuidadores a fim de fornecer o apoio necessário e melhorar a experiência da transição do cuidado;
5. Monitoramento dos pacientes que sofreram AVC para controle dos sinais vitais incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória reforço a adesão aos medicamentos a saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações, reabilitação e apoio emocional;
6. Compreensão dos sentimentos e experiência dos pacientes e cuidadores, durante o processo de transição da alta hospitalar para casa é fundamental, pois muitas vezes predomina a tristeza, a depender da condição da pessoa;
7. As dúvidas principais, na maioria das vezes são: como e quando oferecer a alimentação; administração de medicamentos e possíveis complicações clínicas após a alta;
8. O enfermeiro da Unidade Básica de Saúde e a família deverão estar em constante processo de reaprendizagem para o autocuidado;
9. Estes resultados alertam para o papel do enfermeiro(a) como educador(a) não somente na prevenção das doenças não transmissíveis, mas, também na orientação aos cuidadores familiares sobre os cuidados após a alta hospitalar.

NÍVEL INDEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA

DOMÍNIO 4: AUTOCUIDADO- essa estratégia do autocuidado deve ser iniciada na admissão da pessoa idosa pós AVC e percorrer todas as etapas do cuidado. A pessoa idosa deverá ser incentivada a partir da internação hospitalar. É nesse momento que o enfermeiro(a) deve sistematizar o cuidado individual e propor estratégias de autocuidado. No retorno para casa, a atividade de cuidado e a ação educativa são estratégias a serem utilizadas e avaliadas, para que

a dependência seja minimizada até atingir a dependência parcial e finalmente a independência total diante das condições de cada um. É nesse momento de transição, da saúde da pessoa idosa para a recuperação das possíveis complicações do AVC e da reaprendizagem do autocuidado, que os profissionais de saúde e a família lida com cada necessidade da pessoa idosa. 1. Colaboração dos profissionais de saúde para estimular a participação ativa do paciente em seu cuidado, pois nesse processo é que deve ocorrer o seu próprio autocuidado; 2. A abordagem deve estar centrada na pessoa na transição do cuidado com ênfase na compreensão da experiência do paciente e na criação de soluções personalizadas para atender às necessidades individuais; 3. A comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é um dos fatores mais importante para uma transição de cuidado bem sucedida.; 4. A equipe de profissionais de saúde do hospital e da Unidade Básica de saúde devem concentrar nas necessidades individuais dos pacientes e envolver cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado; 5. O constante estímulo para o autocuidado é uma das estratégias fundamentais para a reabilitação da pessoa idosa; 6. Os profissionais de saúde devem ter a competência essencial para a identificação dos déficits e propor com a pessoa idosa e a família estratégias para ter a independência.			
---	--	--	--

CONCLUSÃO

O conhecimento produzido nesta revisão de escopo sobre os planos de alta para indivíduos acometidos por AVC ainda é escasso, havendo abordagens pouco detalhadas sobre o planejamento e sua implementação. Entretanto, este artigo ressalta a importância de estabelecer protocolos e cuidados individualizados para o paciente que recebe alta hospitalar, garantindo que a assistência adequada seja mantida no domicílio, a fim de reduzir ou eliminar possíveis sequelas pós-AVC. A maioria dos estudos que aborda essa prática é desenvolvida em países desenvolvidos, o que evidencia que o Brasil ainda precisa avançar no acompanhamento e monitoramento do paciente durante a transição hospitalar para o domicílio após um AVC.

Outro ponto relevante para atingir o objetivo de construir e validar o plano de alta é a necessidade de incluir o “Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem”, proposto pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, que confere respaldo legal à enfermagem no papel de gerenciamento desse cuidado ao longo do processo.

Foram identificadas cinco classes na análise realizada pelo software Iramuteq, com um total de 59 categorias. Nesse quadro final, não houve consenso absoluto em relação aos indicadores de clareza, o que levou à necessidade de enviar a versão 2 do plano para análise de 13 juízes. No entanto, houve consenso entre os juízes em relação aos indicadores de relevância teórica e pertinência prática, variando de 0,538 a 1,00, o que é considerado adequado e válido. Na segunda rodada de avaliação, os juízes consideraram o instrumento adequado, com um CVR variando de 0,846 a 1,00. Dessa forma, o plano de alta final foi construído, apresentando um protocolo válido e de fácil acesso para os diversos serviços de saúde que atendem pessoas idosas com AVC e necessitam de cuidados domiciliares.

Com base na revisão de escopo e na necessidade de melhorar o atendimento aos pacientes idosos com AVC, propõe-se que os enfermeiros, juntamente com os serviços de saúde, realizem educação continuada sobre a avaliação multidimensional dos idosos, considerando as condições físicas e cognitivas, o nível de independência funcional, além da rede de apoio social e do ambiente domiciliar, para a elaboração de um plano de alta individualizado. Espera-se que, ao final desse processo, os enfermeiros sejam capazes de: avaliar abrangentemente os pacientes idosos com AVC, elaborar e implementar planos de alta individualizados, educar pacientes e familiares sobre o AVC e seus cuidados, e articular com a equipe multidisciplinar para garantir a continuidade do cuidado.

A formação de enfermeiros qualificados para o atendimento a pacientes idosos com AVC é fundamental para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir as sequelas pós-AVC. Dessa forma, o plano apresentado neste contexto poderá contribuir para a recuperação do paciente idoso após um AVC e, conseqüentemente, para o bem-estar da família cuidadora.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFPE Online**, v. 12, n. 12, p. 3190-3196, 2018.
- ACOSTA, A. M. et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. 1, 2020.
- ANDRADE, C. Transição para prestador de cuidados. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 61-71, 2009.
- ARAÚJO, J. P. de et al. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 31, n. 1, p. 56-62, 2018.
- AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 47, n. 1, p. 79-86, 2014.
- BARBOSA, S. S. **A hipertensão arterial e sua relação com o consumo alimentar, fatores sociais e de estilo de vida**. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2022.
- BERNARDINO, E. et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20200435, 2021.
- BIERHALS, C. C. B. K. et al. Utilização dos serviços de saúde por idosos após acidente vascular cerebral: ensaio clínico randomizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190138, 2020.
- BRAGA, P. G. et al. **Caring for the elderly dependent person in the home bath: a scoping review protocol**. 2022. Disponível em: doi:10.17605/OSF.IO/YNE7U.
- BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. **Sobre a plataforma Lattes**. 2020. Disponível em: <http://www.lattes.cnpq.br>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.
- BRETZ, M. N. et al. Steps against recurrent stroke plus: patient transition program. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 46, n. 4, p. E3-E13, 2014.
- BURKE, R. E. et al. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.
- BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013.

CAMICIA, M. et al. Development of an instrument to assess stroke caregivers' readiness for the transition home. **Rehabilitation Nursing Journal**, v. 45, n. 5, p. 287-298, 2020.

CAMICIA, M. et al. Nursing's role in successful stroke care transitions across the continuum: from acute care into the community. **Stroke**, v. 52, n. 12, p. e794-e805, 2021.

CARDOSO, R. et al. Physical Rehabilitation Programs for Bedridden Patients with Prolonged Immobility: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 11, p. 6420, 2022.

COÊLHO, W.G. Transição do cuidado da pessoa idosa pós-acidente vascular cerebral: revisão de escopo. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**. v. 15, n. 2, p. 241-249, 2023.

COÊLHO, W. G. et al. Transition of care for the elderly person after stroke from hospital to home: scoping review protocol, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/UHZ3A>. Acesso em: 22 fev. 2023.

CONDON, C. et al. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. **Stroke**, v. 47, n. 6, p. 1599-1604, 2016.

CONNOLLY, T.; MAHONEY, E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 21-22, p. 3979-3987, 2018.

DATASUS. **Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 22 fev. 2023.

ELLIS-HILL, C. et al. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. **Disability and rehabilitation**, v. 31, n. 2, p. 61-72, 2009.

ENCARNAÇÃO, C. et al. Envelhecimento na terceira idade. Olhares sobre o envelhecimento. **Estudos interdisciplinares**, v. I, p. 119-127, 2021.

FARZAN, DORIS T. Reintegration for stroke survivors: Home and community considerations. **Nursing Clinics of North America**, v. 26, n. 4, p. 1037-1048, 1991.

FUHRMANN, A. C. et al. Construção e validação de manual educativo para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 30, 2021.

GORDON, C. et al. Factors associated with emergency readmissions after acute stroke: A retrospective audit of two hospitals. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 29, n. 1, p. 158-165, 2023.

GOVENDER, P. et al. 'No one prepared me to go home': Cerebrovascular accident survivors' experiences of community reintegration in a peri-urban context. **African journal of primary health care and family medicine**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2019.

GRAY, C. S. et al. Goal-oriented care: a catalyst for person-centred system integration. **International journal of integrated care**, v. 20, n. 4, 2020.

GUSTAFSSON, L. A. et al. The impact of STRENGTH on the expected and actual transition to home experience. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 26, p. 2244-2251, 2014.

HEMPEL, S. et al. Extensão PRISMA para scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist e explicação. **Ann Intern Med**, 2018, p. 467-473.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: Brunner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, 2023, p. 2205-2205.

JB. Manual for Evidence Synthesis 2015. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687810/11.2+Development+of+a+scoping+review+protocol>.

KONGKAR, R. et al. The determinants of quality of life in Thai family caregivers of stroke survivors. **Siriraj Medical Journal**, v. 71, n. 4, p. 290-296, 2019.

LAWSHE, C. H. et al. A quantitative approach to content validity. **Personnel psychology**, v. 28, n. 4, p. 563-575, 1975.

LEE SJ, KIM BH. Development of Core Educational Content for Heart Failure Patients in Transition from Hospital to Home Care: A Delphi Study. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 May 27;19(11):6550. doi: 10.3390/ijerph19116550. PMID: 35682133; PMCID: PMC9180106.

LEE, J. Y.; YANG, Y. S.; CHO, E. Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric Nursing**, v. 43, p. 64-76, 2022.

LEE, S. H. et al. Expert consensus on measures to promote physical and psychological health among COVID-19-related healthcare workers in Korea using Delphi technique. **Infection & Chemotherapy**, v. 54, n. 2, p. 247, 2022.

LINDBLOM, S. et al. Perceived quality of care transitions between hospital and the home in people with stroke. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 21, n. 12, p. 1885-1892, 2020.

LOBO, P. G. G. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3498-3505, 2021.

LUTHER, B. et al. Discharge processes: What evidence tells us is most effective. **Orthopaedic Nursing**, v. 38, n. 5, p. 328-333, 2019.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. **L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes...** JADT Liège/Belgique, p. 687-699, 2012. Disponível em: <http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascl%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2023.

MARKLE-REID, M. et al. An integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A feasibility study. **Journal of comorbidity**, v. 10, p. 2235042X19900451, 2020.

MCNAIR, N. D. The projected transition trajectory for survivors and carers of patients who have had a stroke. **Nursing Clinics**, v. 54, n. 3, p. 399-408, 2019.

MELO, S. P. S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019.

MILLER, K. K.; LIN, S. H.; NEVILLE, M. From hospital to home to participation: a position paper on transition planning poststroke. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 100, n. 6, p. 1162-1175, 2019.

MIRANDA, M. et al. **Números do AVC**. Sociedade Brasileira de AVC. Diretoria executiva da SBAVC. 2024. Disponível em: <https://avc.org.br/numeros-do-avc/#:~:text=No%20ano%20de%202023%2C%20morreram,que%20observamos%20mundial%20e%20globalmente>. Acesso em: 11 mar. 2024.

MORKISCH, N. et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: A systematic review. **BMC geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 1-18, 2020.

MORO, C. K. **Plano de alta hospitalar para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC)**. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do rio dos Sinos, Porto Alegre, 2019.

MUNN, Z. et al. Revisão sistemática ou revisão de escopo? Orientação para os autores na escolha entre uma abordagem de revisão sistemática ou de escopo. **BMC Med Res Methodol**, v. 18, 2018.

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

OLIVEIRA, E. C. et al. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 172-197, 2017.

OLSON, D. M.; JUENGST, S. B. The hospital to home transition following acute stroke. **Nursing Clinics**, v. 54, n. 3, p. 385-397, 2019.

OYESANYA, T. O. et al. Just tell me in a simple way: A qualitative study on opportunities to improve the transition from acute hospital care to home from the perspectives of patients with traumatic brain injury, families, and providers. **Clinical Rehabilitation**, v. 35, n. 7, p. 1056-1072, 2021.

PETERS, M.D.J; et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIManual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.

PIMENTA, C. A. de M et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

PIMENTEL B. N.; FILHA V. A. V. S. Avaliação das funções vestibulares e oculomotoras em indivíduos com tontura após acidente vascular cerebral. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 77, n. 1, p. 25-32, 2019.

POLHILL, E. et al. Factors Associated with Receiving a Discharge Care Plan After Stroke in Australia: A Linked Registry Study. **Reviews in Cardiovascular Medicine**, v. 23, n. 10, p. 328, 2022.

PUGH, J. D. et al. Evaluation of an Australian neurological nurse-led model of postdischarge care. **Health & Social Care in the Community**, v. 30, n. 4, p. e962-e973, 2022.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: **Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires** [Software de Computador]. 2009.

RENNKE, S.; RANJI, S. R. Transitional care strategies from hospital to home: a review for the neurohospitalist. **The Neurohospitalist**, v. 5, n. 1, p. 35-42, 2015.

RIGON, E. et al. Plano de alta como estratégia para comunicação efetiva na internação hospitalar. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 7, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140602_103331.pdf. Acesso em: 04

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 216-224, 2013.

ROLIM A.M, et al. Associação estatística do polimorfismo rs2243250 do gene IL4 e acidente vascular cerebral hemorrágico na população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, 2020; 56: e1872020.

SANTOS, G. L.; RIBEIRO, T. P. B.. A importância da equipe de enfermagem no cuidado de idosos dependentes pós-alta hospitalar. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 2379-2403, 2021.

SANTOS, L. B.; WATERS, C. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2749-75, 2020.

SANTOS, M.; PORTO, C. Quality of Life in Elderly Assisted in The Primary Attention. **International Journal of Science and Research (IJSR)**, v. 7, n. 3, p. 426, 2018.

SANTOS, N. O. **Construção e validação de plano de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral**. 2017. 248 f. Tese (Doutorado Acadêmico em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, N. O. et al. Construção e validação de plano assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SCHMIDT, M. H. et al. Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 139-144, 2019.

SEEBER, F. et al. Processo de alta hospitalar de pessoas com acidente vascular cerebral: uma revisão narrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e36911125016, 2022.

SILVA, D. N. et al. Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, p. e2156, 2019.

SNOW, V. et al. Transitions of care consensus policy statement American college of physicians-society of general internal medicine-society of hospital medicine-American geriatrics society-American college of emergency physicians-society of academic emergency medicine. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 8, p. 971-976, 2009.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. Ca. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. p. 88.

ZIMMERMAN, W. Denney et al. Transitions of care coordination intervention identifies barriers to discharge in hospitalized stroke patients. **Frontiers in Neurology**, v. 12, p. 573294, 2021.

APÊNDICE A: CARTA-CONVITE EXPLICATIVA

Carta com orientações aos especialistas sobre a participação na validação de conteúdo do Plano de alta de Enfermagem

Prezado (a) Dr. (a),

Eu, Wender Gonçalves Coêlho, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (modalidade profissional) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob orientação da Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues vimos por meio desta carta convidá-lo (a) para participar do estudo intitulado: “ Plano de alta de cuidado transicional da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio” com objetivo geral de elaborar um protocolo de alta de enfermagem.

Considerando sua experiência profissional e seus conhecimentos científicos na temática sobre geriatria/gerontologia/neurologia, gostaríamos de contar com a sua colaboração neste estudo como avaliador no processo de validação.

A sua avaliação será por meio do preenchimento do formulário “on line” inserido no Google forms® (link abaixo*), e demonstrará se os termos incluídos expressam os itens para composição do plano de alta de cuidado transicional. Sua avaliação deverá ser assinalada com um “X” na escala do tipo Likert, com pontuação de um (0) a (1), sendo: 0 = item não relevante e 1 = item relevante. Poderá ser usado os espaços para observações quando julgar necessário fazer algum acréscimo, sugestões e/ou justificativas. É um processo rápido e ocupará em torno de 30 minutos, pois trata-se de um formulário de fácil preenchimento.

Salientamos que sua participação neste processo de validação é salutar e imprescindível para o sucesso do protocolo . Além disso, este é um passo fundamental para futuros estudos que investigam o cuidado transicional da pessoa idosa pós acidente vascular.

Agradecemos imensamente a atenção dispensada, e, se concordar em participar por favor, acesse o link abaixo, onde poderá visualizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o formulário de validação a ser preenchido com os dados de sua avaliação. Caso seja do seu interesse podemos enviar pelos correios, uma via do TCLE assinada. Nos colocamos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

Data: ____/_____/____.

Wender Gonçalves Coêlho - Mestrando pesquisador- Assinatura do mestrando
Rosalina A.P. Rodrigues- Orientadora da Pesquisa

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A (O) ESPECIALISTA

Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para obtenção do título em Mestre em Gerontologia, área de concentração: Gerontologia com a linha de pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento.

Mestrando pesquisador: Wender Gonçalves Coêlho

Orientadora da pesquisa: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Plano de alta de cuidado transicional da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio” que será realizado no Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com o objetivo de subsidiar a elaboração de um protocolo de alta de enfermagem. A sua participação é voluntária e você tem o direito de recusar e até desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Se concordar em participar da pesquisa, solicito que assine em duas vias originais desse documento, pois uma via original será entregue a você especialista, assinada pelo pesquisador principal. A participação neste estudo também não terá custos a você, sendo todos os gastos custeados pelo pesquisador, e não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Caso você se sinta prejudicado por ter participado da pesquisa, você poderá procurar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil. Os riscos desses procedimentos de pesquisa para os especialistas, são mínimos, uma vez que, estão relacionados ao tempo que será disponibilizado para analisar e opinar acerca da temática. A sua participação neste estudo também poderá acarretar benefícios diretos a você, podendo colaborar com a sua formação profissional e ainda colaborar para melhorias futuras no ensino e formação de acadêmicos. O estudo tem caráter sigiloso, de forma que seu nome não aparecerá no corpo do trabalho e suas respostas somente serão utilizadas para divulgação dos resultados na forma de publicação científica. Essa pesquisa será submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus do Araguaia Barra do Garças-MT, com a finalidade de proteger eticamente o participante. Assim, caso necessário, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus do Araguaia Barra do Garças-MT, localizada na Av. Valdon Varjão, nº 6390, Barra do Garças, MT, CEP:78605-091, telefone (66)-3402-0736, de segunda a sexta- feira, em dias úteis, das 07:30

às 11:30 e das 13:30 às 17:30 horas. Você também poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com o pesquisador Wender Gonçalves Coêlho pelo e-mail wender_gc@hotmail.com.

Nome do Participante

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Wender Gonçalves Coêlho

Data: ____/____/____

Mestrando pesquisador

Assinatura do mestrando

Rosalina A.P. Rodrigues

Data: ____/____/____

Orientadora da Pesquisa

Assinatura da orientadora

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS ESPECIALISTAS

Data da avaliação:	Sexo: ☐ Masculino; ☐ Feminino
Idade:	Tempo de experiência profissional em geriatria/gerontologia/ prática clínica/neurologia em enfermagem (em anos):
Maior grau de formação: ☐ especialização; ☐ Mestrado; ☐ Doutorado	Maior grau de formação: em geriatria/gerontologia/prática clínica/neurologia em enfermagem: ☐ especialização; ☐ Mestrado; ☐ Doutorado
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de cuidados de enfermagem à pessoa idosa ou enfermagem clínica/neurologia ☐	Possui publicação nas temáticas: Geriatria/Gerontologia ☐ e prática clínica/neurologia em enfermagem ☐

APÊNDICE D

II. O Modelo proposto para a elaboração do **Protocolo para o plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio** consiste em **quatro domínios** descritos a seguir, em que a pessoa idosa passa de um nível de dependência decorrente do AVC para um nível de reabilitação para a independência. Após a validação dos juizes foi elaborado o protocolo final para reavaliação dos juizes.

Orientação: A proposta para o protocolo para o plano de alta foi elaborado segundo os pressupostos de Rodrigues et al (2013), considerando o Sistema Único de Saúde do país. O Quadro 1, abaixo mostra os 4 domínios: **atenção institucional, atenção domiciliar, atenção informal e autocuidado**, com as respectivas categorias, de acordo com os resultados da análise da revisão de escopo realizada por Coelho (2023) e as indicações em cada domínio.

Referencia: Rodrigues, et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 216-224, 2013- <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bWY7hqbz3p65mftpsxKcrmq/?format=pdf&lang=pt>

Leia os domínios e as respectivas categorias, em cada domínio, e as indicações do Protocolo o **Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio, ora proposto.**

NA ETAPA 1- são as recomendações para a avaliação do paciente, na instituição hospitalar e no domicílio. Caso haja alguma sugestão favor escrever abaixo da Etapa 1;

NA ETAPA 2:

Na coluna 1- está descrito os pontos para o Protocolo do Plano de alta que deverá ser implementado pela equipe do hospital, a família cuidadora e a pessoa idosa, no domicílio e a equipe da Unidade de Saúde, tendo como base os domínios de acordo com referencial de Rodrigues et al (2013);

Nas colunas 2, 3 e 4 – constam os três indicadores: **clareza, relevância teórica e pertinência prática**. Deve-se expressar em **0 = não pertinente e 1= pertinente**. Na coluna 5 para os especialistas emitirem sugestões e/ou comentários.

Na coluna 2- Clareza: avaliar a redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente a que se propõe. Deve-se expressar em **0= não claro e 1= claro**;

Na coluna 3- Relevância teórica: Mede a proporção ou porcentagem de itens claros, na percepção dos juízes. Deve-se expressar em **0= irrelevante e 1= relevante**

Na coluna 4- Pertinência prática: se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos.

Na coluna 5- sugestões e /ou complementações

ETAPA 1

Objetivo: Objetivo do protocolo para o plano de alta: Avaliar a condição de saúde da pessoa idosa que sofreu acidente vascular cerebral e propor ações de cuidado de enfermagem na atenção institucional, no domicílio para promover o autocuidado.			
Enfermeiro:		Número do COREN:	
III. DADOS PESSOAIS DO PACIENTE 13. Nome:..... 14. Data de nascimento:..... 15. Sexo: Masculino (); Feminino (); 16. Com quem mora: só () ou com outra(s) pessoa(s) () 17. Nível de escolaridade: anos de estudo 18. Possui cuidador familiar ou outro: sim (), não ()	1ª Avaliação na instituição	2ª Avaliação Pós alta hospitalar.	3ª Avaliação no Domicílio
IV. AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE 19. Data de admissão no hospital: : / / 20. Data de alta hospitalar: : / / 21. Diagnóstico principal: 22. Outras Morbidades: 23. Controle dos sinais vitais: PA:..... Frequencia cardíaca.....Temperatura:.....Frequencia respiratória: 24. Dificuldade na Memória: SIM () NÃO () Frequência: Problema de memória afeta as atividades no dia a dia Solicitar a pessoa idosa avaliar a sua memória, sendo 1 a pior e 10 a melhor			

Avaliar a atenção e a compreensão da pessoa idosa no cotidiano, observação da fala 13. Avaliar visão, audição e fala: 14. Atividade instrumentais da vida diária: Avaliar a capacidade da pessoa idosa para tomar medicação, desenvolver tarefas domésticas, preparo dos alimentos, fazer as compras, viajar e fazer uso do telefone 15. Atividade básicas da vida diária: Avaliar a capacidade da pessoa idosa para realizar as refeições, tomar banho, se vestir, evacuação, micção, transferência da cama para cadeira e vice-versa;, deambulação e subir e descer escada 16. Mobilidade Avaliar se a pessoa idosa apresenta dificuldade para manter-se sentado e/ou em pé e para deambular, faz uso de cadeira de rodas ou apoio para caminhada, como uso de bengala e/ou andador. Avaliar equilíbrio; 25. Medicamentos (nomes, dosagem, vias de administração e horário): 26. Procedimentos médicos indicados a pessoa idosa na pós alta:..... 27. Alimentação: tipos, quantidade por dia, vias de administração, observar alterações durante a deglutição: 28. Hidratação: quantidade e vias de administração:..... 29. Vias aéreas:.....padrão respiratório:..... 30. Higiene corporal, oral e cuidado com a pele:.....			
--	--	--	--

31. Sequelas pós-AVC: paralisia facial, fraqueza muscular, dor, tato, edema (inchaço) e sensação térmica, alterações visuais, observação da respiração, fadiga, humor, lesões de pressão (nos acamados); 32. Prevenir riscos à saúde como evitar sandálias sem fixar no tornozelo, roupas mais largas, com fechos e abertos para facilitar a troca, ter a mão apoios para os pés, para calçar o sapato, barras na cama, se precisar de segurança e nos banheiros, para evitar quedas; 33. Checar uso de tecnologias como celular e outros para comunicação com Unidade Básica de saúde e familiares.			
---	--	--	--

Observações, se houver:

ETAPA 2

	2. Clareza 0= não claro 1= claro.	3. Relevância teórica 0= irrelevante 1= relevante.	4. Pertinência prática 0= não pertinente 1= pertinente	5. Sugestões/recomendações
Enfermeiro: gerenciador do cuidado de enfermagem com equipe interprofissional para a intervenção do cuidado. Pontos a serem considerados na transição do cuidado: Estabelecer uma comunicação entre os profissionais de saúde e o cuidador familiar da pessoa idosa para uma transição de cuidado adequada, concentrando-se nas necessidades individuais dos pacientes, envolvendo cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado. NÍVEL DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA DOMÍNIO 1: ATENÇÃO INSTITUCIONAL- nesse domínio durante a internação hospitalar o plano, já em desenvolvimento, deverá ser escrito e a equipe de enfermagem iniciar com a pessoa idosa o processo de ensinar o autocuidado, momento esse da elaboração do plano a ser desenvolvido no domicílio. 1. Avaliação das necessidades de saúde física, mental e funcional do paciente para prover o cuidado baseado na sua individualidade, com ênfase no autocuidado. Utilizar escalas de avaliação validadas no país;				

2. Avaliação do apoio e o suporte social que a pessoa idosa terá no domicílio e a rede de atenção à saúde para a transição do cuidado do hospital para o domicílio; 3. Compreensão dos desafios da experiência do cuidado a pessoa idosa com AVC e o seu suporte ao cuidador do hospital para casa e propor estratégias e políticas de suporte aos cuidadores familiares de pacientes com AVC, reduzir a sobrecarga e o estresse desses cuidadores; 4. Dialogo com a pessoa idosa e seus familiares para a compreender fases de transição: aguda, de reabilitação, de ajuste, de estabilização e de manutenção e as necessidades de cuidados e apoio associadas a cada fase; 5. Oferecer os cuidados especializados de enfermagem ingestão de alimentos e líquidos, monitoramento constante dos sinais vitais, administração de medicamentos prescritos, avaliar constantemente o nível de consciência, prevenção de complicações, reabilitação e apoio emocional, saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações é vital para o bem estar do paciente. Já iniciar o autocuidado das atividades com déficit, após o AVC; 6. Organização do trabalho entre os profissionais de saúde visando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado, o que constitui avanço para a área da enfermagem; 7. Elaboração do plano de ações educativas para os cuidadores familiares com estratégias básicas de cuidado, direcionadas às necessidades da pessoa idosa pós AVC, no decorrer da internação hospitalar, iniciando o a educação em saúde aos pacientes e familiares;				
--	--	--	--	--

8. O plano deverá ser escrito, com cópia a família da pessoa idosa e ao serviço de atenção primária que deverá acompanhá-la no seu domicílio.

NÍVEL DEPENDENCIADA PESSOA IDOSA

DOMINIO 2: ATENÇÃO DOMICILIAR- nesse processo de transição a equipe de enfermagem deverá ter contato com o cuidador familiar e encaminhar os dados e necessidades da pessoa idosa pós alta hospitalar para o domicílio, a UBS ou SAD mais próxima, que deverá realizar a visita de avaliação da pessoa idosa, das condições do domicílio e do conhecimento da família para sistematizar o cuidado, assim como encaminhá-lo para outras redes de apoio, caso necessário.

1. A fase da transição do cuidado do hospital para o domicílio é a mais crítica para a pessoa idosa pós AVC e cuidadores, e que o apoio social a educação e o acompanhamento de saúde são fundamentais para garantir uma transição bem sucedida;
2. O serviço hospitalar deverá elaborar o plano em conjunto enfermeira, pessoa idosa e família para encaminhamento a UBS mais próxima, para o monitoramento
3. Dinâmicas de visitas domiciliares e contatos telefônicos regulares de uma equipe de enfermeiros(as) especializados da atenção básica que monitoraram os pacientes forneceram suporte e educação, para garantir a continuidade do atendimento;
4. A falta de envolvimento dos cuidadores pode ter consequências negativas para a recuperação da pessoa idosa pós

AVC. Deve-se incentivar o envolvimento dos cuidadores na transição do cuidado; 5. O apoio emocional e social adequado para a pessoa idosa e cuidadores é fundamental, para que os profissionais de saúde estejam cientes das necessidades durante o retorno para o domicílio; 6. A comunicação efetiva é a base para um cuidado direcionado às necessidades da pessoa idosa com AVC e seus cuidadores familiares, sendo identificada como o fator primordial para a recuperação da pessoa idosa; 7. A avaliação do ambiente em que o paciente vive é fundamental, considerando que alguns desses podem apresentar hemiplegia, dificultando a mobilidade e podendo correr risco de quedas; 8. A adaptação ambiental pode incluir a instalação de corrimãos barras de apoio e outras ajudas de mobilidade para ajudar o paciente a se deslocar com mais facilidade e segurança em sua casa . Inclui a identificação de barreiras arquitetônicas como degraus, portas estreitas ou banheiros inadequados que podem dificultar a mobilidade do paciente; 9. A adaptação do ambiente deve permitir que o paciente execute as atividades, como vestir- se, tomar banho e cozinhar com o máximo de autonomia possível a adaptação ambiental envolve a incorporação de dispositivos de tecnologia assistiva, se houver essa possibilidade; 10. A adaptação ambiental não é um processo único, requer avaliação contínua para garantir que o ambiente continue atendendo às necessidades do paciente especialmente à medida que sua condição de saúde evolui, assim a identificação rápida das sequelas de AVC é fundamental;				
---	--	--	--	--

11. Os profissionais da equipe de atenção primária à saúde devem dispor de indicações de suporte disponíveis na comunidade para auxiliar na recuperação da pessoa idosa pós AVC; 12. Os pacientes que sofrem AVC exigem monitoramento constante dos sinais vitais incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, reforço a adesão aos medicamentos a saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações, alimentação adequada e a hidratação. O enfermeiro da atenção básica deverá atuar com a família nesse processo de cuidar; NÍVEL SEMI DEPENDENCIADA PESSOA IDOSA DOMÍNIO 3: ATENÇÃO INFORMAL- os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde deverão avaliar a condição da pessoa idosa diante do plano da alta, conhecer o contexto de cada família para esse processo de cuidar e ampliar a rede de cuidado, a depender de cada necessidade. Deve-se levar em consideração as condições ambientais, sociais e culturais de cada família. 1. A adaptação as mudanças da transição do hospital para o domicílio deve ser possível diante das estratégias de enfrentamento, de aprendizagem para o autocuidado e suporte social; 2. Identificação das necessidades individuais dos pacientes e envolvimento dos cuidadores e familiares, já no domicílio; 3. Identificação dos déficits de autocuidado para intervenção nas necessidades da pessoa idosa;				
---	--	--	--	--

4. Necessidade de intervenções direcionadas aos cuidadores a fim de fornecer o apoio necessário e melhorar a experiência da transição do cuidado; 5. Monitoramento dos pacientes que sofreram AVC para controle dos sinais vitais incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória reforço a adesão aos medicamentos a saturação de oxigênio, a detecção precoce de complicações, reabilitação e apoio emocional; 6. Compreensão dos sentimentos e experiência dos pacientes e cuidadores, durante o processo de transição da alta hospitalar para casa é fundamental, pois muitas vezes predomina a tristeza, a depender da condição da pessoa; 7. As dúvidas principais, na maioria das vezes são: como e quando oferecer a alimentação; administração de medicamentos e possíveis complicações clínicas após a alta; 8. O enfermeiro da Unidade Básica de Saúde e a família deverão estar em constante processo de reaprendizagem para o autocuidado; 9. Estes resultados alertam para o papel do enfermeiro(a) como educador(a) não somente na prevenção das doenças não transmissíveis, mas, também na orientação aos cuidadores familiares sobre os cuidados após a alta hospitalar.				
---	--	--	--	--

NÍVEL INDEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA				
DOMINIO 4: AUTOCUIDADO- essa estratégia do autocuidado deve ser iniciada na admissão da pessoa idosa pós AVC e percorrer todas as etapas do cuidado. A pessoa idosa deverá ser incentivada a partir da internação hospitalar. É nesse momento que o enfermeiro(a) deve sistematizar o cuidado individual e propor estratégias de autocuidado. No retorno para casa, a atividade de cuidado e a ação educativa são estratégias a serem utilizadas e avaliadas, para que a dependência seja minimizada até atingir a dependência parcial e finalmente a independência total diante das condições de cada um. É nesse momento de transição, da saúde da pessoa idosa para a recuperação das possíveis complicações do AVC e da reaprendizagem do autocuidado, que os profissionais de saúde e a família lida com cada necessidade da pessoa idosa. 1.Colaboração dos profissionais de saúde para estimular a participação ativa do paciente em seu cuidado, pois nesse processo é que deve ocorrer o seu próprio autocuidado; 2. A abordagem deve estar centrada na pessoa na transição do cuidado com ênfase na compreensão da experiência do paciente e na criação de soluções personalizadas para atender às necessidades individuais; 3. A comunicação efetiva entre profissionais de saúde, pacientes e familiares é um dos fatores mais importante para uma transição de cuidado bem sucedida.; 4. A equipe de profissionais de saúde do hospital e da Unidade Básica de saúde devem concentrar nas necessidades individuais				

dos pacientes e envolver cuidadores e familiares no processo de transição de cuidado; 5. O constante estímulo para o autocuidado é uma das estratégias fundamentais para a reabilitação da pessoa idosa; 6. Os profissionais de saúde devem ter a competência essencial para a identificação dos déficits e propor com a pessoa idosa e a família estratégias para ter a independência.				
--	--	--	--	--

ANEXO A – APROVAÇÃO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Plano de alta de enfermagem da pessoa idosa pós acidente vascular cerebral do hospital para o domicílio

Pesquisador: WENDER GONCALVES COELHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68877823.7.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.137.832

Apresentação do Projeto:

Projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia com proposta de revisão de escopo que será conduzida segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI)

Objetivo da Pesquisa:

Descrever sobre a transição do cuidado da pessoa idosa pós Acidente Vascular Cerebral do hospital para o domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos estão relacionados ao tempo que será disponibilizado para analisar e opinar acerca da temática.

Benefícios:

Colaborar com a sua formação profissional do participantes e proporcionar melhorias no ensino e na formação de acadêmicos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

atendeu às exigências do parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 6.137.832

Apresentou termos obrigatórios exigidos

Recomendações:

incluir no TCLE e-mail do CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122153.pdf	01/06/2023 22:11:08		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	01/06/2023 22:09:28	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	01/06/2023 22:09:14	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinadaUFPB.pdf	19/04/2023 07:49:31	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EQWenderCoelho.pdf	17/04/2023 23:29:08	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/04/2023 23:27:15	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/04/2023 17:40:44	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CertidaoprojetoWender.pdf	15/04/2023 02:05:28	WENDER GONCALVES COELHO	Aceito

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 6.137.832

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 23 de Junho de 2023

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br