

ELIANE HELENA ALVES ARNOLTE LAUERMANN

**GRUPO DE FAMILIARES E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
NA TROCA DE INFORMAÇÕES SOBRE AVC**

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadores: Enf^a. Adelaide Lucia Konzen
e
Dr. Alcindo Antônio Ferla

Porto Alegre
2009

“Muitos pensam que sabem; poucos sabem que não sabem; quem sabe, sabe que sabe muito pouco...”

(A. Canalini)

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente, ao meu esposo Lairso, pela paciência e pelo auxílio na construção deste trabalho.

RESUMO

A presente pesquisa se propõe a identificar o grau de entendimento dos familiares e/ou cuidadores após a realização dos grupos para as informações e orientações sobre o manejo do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no pós-alta hospitalar. Ressaltamos a importância do acolhimento aos familiares durante o período da hospitalização, no qual constatamos inúmeras situações dolorosas enfrentadas pela família. A angústia e o medo sobre o futuro do paciente são situações visíveis. A relação de confiança e de segurança que a equipe multiprofissional repassa aos familiares é fundamental para que possamos concretizar a alta hospitalar. O trabalho que é desenvolvido pela equipe multidisciplinar consiste no esclarecimento sobre o que é AVC, o que causa e quais as seqüelas. Por meio dessas informações é que criamos um espaço para podermos capacitar o familiar/cuidador a proporcionar uma qualidade de vida melhor ao doente em sua casa, com isso evitando reinternações desnecessárias.

Palavras-chaves: Informação. Família. Cuidador. Limites emocionais. Equipe de assistência ao paciente.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
1.1 TEMÁTICA.....	07
1.2 PROBLEMA.....	07
2. OBJETIVOS GERAL	08
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	08
3. REFERENCIAL TEÓRICO	09
3.1 O AVC E OS CUIDADOS.....	09
3.2 O ASSISTENTE SOCIAL E O TRABALHO EM EQUIPE.....	11
3.3 POLÍTICAS E SERVIÇOS.....	13
4. METODOLOGIA	16
4.1 DELINEAMENTO.....	16
4.2 LOCAL E PARTICIPANTES.....	16
4.3 CONVITE AOS PARTICIPANTES.....	17
4.4 REUNIÕES E COLETA DE DADOS.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6. CRONOGRAMA	19
7. ORÇAMENTO	20
8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	22
ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

Os pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico ou isquêmico são surpreendidos pelo acometimento que os coloca frente a frente com o inesperado, trazendo uma realidade diferente daquela até então vivida por ele, gerando sentimentos que vão desde a revolta, culpa a depressão. Essa situação geralmente constitui-se numa grande tensão intrafamiliar.

A família/cuidadora não pode ser chamada somente no final do processo, quando o médico informa que o paciente está pronto para ter alta hospitalar, pois ninguém se sente seguro de uma hora para outra para levar o seu doente com certo grau de dependência para casa, sem ter as informações e as orientações corretas.

A escolha de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados e providenciar a adequação do ambiente e espaço físico, visando proporcionar uma melhoria na qualidade de vida ao familiar doente que retorna ao lar, pode causar um grande impacto econômico e social que altera a estrutura familiar.

Quero, com este trabalho, avaliar o grau de compreensão da família/cuidadora junto aos pacientes hospitalizados na unidade de Neurologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), após a realização das reuniões de grupos para fornecer orientações aos familiares de pacientes com AVC, pois se torna evidente a falta da troca de saberes na relação paciente/cuidador/equipe.

O despreparo da família/cuidadora também pode trazer sérios problemas ao paciente, resultando em reinternações muitas vezes desnecessárias.

Durante a internação e, em particular, nos grupos de orientação, os profissionais da área da saúde devem ter sensibilidade ao transmitir o diagnóstico, descrevendo as situações passo a passo e auxiliando-os em seus primeiros momentos da enfermidade. As seqüelas físicas, emocionais e sociais causadas pelo AVC impõem aos pacientes limitações de locomoção, compreensão e expressão restringindo suas atividades diárias, tornando-as dependentes da família/cuidadora.

De acordo com Perlini (2005)

As dificuldades pautam-se no esforço físico, na desinformação e no medo, no constrangimento e na vergonha em lidar com o corpo do outro (...) romper com valores arraigados desde a infância do cuidador e que representam invadir a privacidade e a intimidade do outro, que é seu pai, mãe, sogro, e que até então, ver ou tocar estes corpos era totalmente não aceito como natural, ou seja, era proibido.

Diante dessa nova realidade do paciente, é necessário que a equipe de saúde esteja preparada para ter condições de informar de forma qualificada e suficiente a família/cuidadora.

A escolha desta pesquisa deu-se em função da necessidade de podermos avaliar o grau de entendimento que a família/cuidadora adquiriu sobre a situação de saúde/doença e de que forma continua o cuidado em casa, para que possamos após as reuniões de orientações, concretizar com êxito a alta hospitalar.

1.1 TEMÁTICA

A qualidade da assistência multiprofissional aos familiares e/ou cuidadores de pacientes com incapacidade e/ou dependência temporária ou definitiva é o tema desse trabalho. A suficiência da comunicação entre a equipe e os familiares será tomada como marcador avaliativo da qualidade da atenção ofertada durante a internação.

1.2 PROBLEMA

A qualidade da informação recebida pelos pacientes e familiares, que atua sobre a dificuldade dos mesmos de aceitar a alta hospitalar pela desinformação sobre como continuar os cuidados em casa é o grande problema a ser refletido nessa pesquisa.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de compreensão dos familiares e/ou cuidadores das informações e orientações sobre os cuidados de pacientes acometidos de AVC recebidas durante a internação e, em particular, nas reuniões realizadas pela equipe multiprofissional. O resultado da avaliação pretende orientar intervenções na dinâmica da equipe no sentido de qualificar o processo de cuidar.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as dúvidas e as necessidades que a família/cuidadora percebe ou manifesta com relação ao ato de cuidar;
- Verificar com a família/cuidadora os problemas existentes no fluxo de informação entre hospital/rede de suporte no pós-alta;
- Orientar a família/cuidadora sobre as técnicas dos cuidados no seu domicílio;
- Refletir sobre a qualidade das informações e orientações sobre os direitos e recursos sociais;

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 O AVC E OS CUIDADOS

A partir dos anos 60, podemos verificar um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas, principalmente as cerebrovasculares, que constituem a terceira causa de morte no mundo, precedida pelas cardiopatias em geral e o câncer (PERLINI, 2005).

No ano de 2006, segundo dados oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde, o grupo de causas de doenças do aparelho circulatório foi responsável pelo maior coeficiente de mortalidade proporcional tanto no Brasil como um todo (32% dos óbitos), quanto no Rio Grande do Sul (31,6%). As doenças cerebrovasculares foram a causa isolada de maior prevalência, tanto no país como um todo (coeficiente de 51,7/100 mil habitantes), quanto no Rio Grande do Sul (coeficiente de 66,7/100 mil habitantes), tendo um comportamento discretamente crescente no Brasil e decrescente no Estado (BRASIL, 2009a; 2009b).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) está integrado à categoria das doenças cerebrovasculares e é caracterizado pelo início agudo de um déficit neurológico, podendo ser classificado como isquêmico ou hemorrágico, com um grande número de casos de morte ou adoecimento, com freqüentes seqüelas de incapacidades físicas e/ou mentais.

Segundo Perlini (2005, p.155).

O AVC é uma das doenças graves no Brasil, gerador de incapacidades crônicas, com perda da independência e, muitas vezes, da autonomia, o que pressupõe a necessidades de alguém que auxilie o paciente nas suas dificuldades e desempenho das suas atividades diárias.

O confronto diário dos familiares com a realidade do momento posterior à ocorrência do AVC faz com que sejam buscadas alternativas para atender algumas necessidades emergenciais. A pessoa ao ingressar no hospital, passa por uma série de transformações e mudança de conduta, podendo sentir-se, muitas vezes, intimidada pelo tratamento, rotinas e técnicas a ele dispensadas. A aceitação e a adaptação a esta nova situação de saúde lhe exige um esforço muito grande devido ao ato de ter de vencer os obstáculos psicológicos que sua hospitalização acarreta.

Para Bocchi (2001)

A hospitalização é uma fase do processo em que a família passa a enfrentar a realidade movida pela crença de que o familiar irá melhorar, mesmo que seja informada pelo médico sobre os tipos de tratamentos e sobre as mínimas chances de recuperação. Ainda assim, a família se mostra disposta a estar com o doente, seja qual for à situação.

Tanto os familiares como o cuidador têm o direito de saber exatamente quais são os profissionais que se responsabilizarão pelo atendimento ao paciente e é necessário que esses exerçam efetivamente essa responsabilidade (BRASIL, 2007).

Entendemos que a permanência e a participação de um familiar nos cuidados dentro do hospital são de fundamental importância para o restabelecimento do paciente, o que é assegurado pelo Ministério da Saúde: “o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha a participar nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei” (BRASIL, 2007).

A permanência de um acompanhante durante a internação contribui para um cuidado humanizado, onde os sujeitos dos nossos cuidados sintam-se protegidos, seguros, e mais perto das pessoas que lhe querem bem. Muitas vezes, contudo, verificamos que a relação entre a equipe multiprofissional e a família/cuidadora pode ser cercada de tensões, cansaço, nervosismo, ansiedade com isso interferindo na compreensão do diagnóstico.

Os motivos que levam os familiares a permanecerem acompanhando seus doentes nos hospitais são: a insegurança, o interesse no paciente, o sentimento de co-responsabilidade pela recuperação do paciente, a oportunidade de aprender, a obrigação, o respeito, e simplesmente para estar junto (SILVA, 2005).

Através disso é que verificamos que os laços emocionais que envolvem as pessoas da família externam a sua preocupação quanto ao estado de saúde do paciente.

De acordo com a minha vivência nas unidades de internação hospitalar, verifico que a maioria dos questionamentos se repete na hora da alta hospitalar. Esses questionamentos poderiam ser sintetizados na pergunta genérica: “e agora o que vou fazer?”. Nesses casos, há um destaque importante para a atuação, na equipe multiprofissional, do trabalho do Assistente Social.

Segundo Vasconcelos (2002, p.176)

Na grande maioria das unidades, após a liberação do paciente pelo médico, o processo é todo encaminhado pelo Serviço Social: contato e preparação da família para receber o paciente em casa; orientação sobre a continuação do tratamento; providências relacionadas ao transporte para casa. São raros os casos em que o Serviço Social só localiza a família para que esta venha a ser informada da alta de seu paciente pelo médico.

Observa-se aqui, que nós, profissionais de saúde, temos a obrigação de prestar informações e orientações necessárias à família/cuidadora, para que esta possa dar continuidade ao cuidado do pacientes com certo grau de dependência em sua casa, pois muitas pessoas têm dificuldade de entendimento das prescrições médicas e procedimentos

terapêuticos, o que ocasiona em muitos casos um tratamento incorreto e/ou abandono do mesmo acarretando em uma reinternação. A densidade da comunicação necessária, nesse caso, passa pela capacidade de uma comunicação entre a equipe, para o compartilhamento de informações sobre cada núcleo profissional de conhecimentos e práticas, e com os pacientes e familiares.

Por definição, entendemos que comunicação é o ato ou efeito de transmitir mensagem por meio de métodos e/ou processos convencionados em uma linguagem verbal ou não verbal (FERREIRA, 1973).

Portanto, a comunicação entre a equipe multiprofissional e o acompanhante aparece como elemento essencial para a participação nos cuidados, compreendendo as orientações que lhe são fornecidas, bem como as características pessoais dos membros da equipe.

3.2 O ASSISTENTE SOCIAL E O TRABALHO EM EQUIPE

Como se verificou acima, o Assistente Social, como parte integrante do processo de trabalho de cuidado ao paciente e à família, precisa ser um profissional interventivo e propositivo, também socializando informações referentes aos direitos sociais dos usuários, uma vez que muitos desconhecem seus próprios direitos, ignoram os recursos que podem utilizar, bem como informações sobre sua própria saúde.

Durante o período em que o paciente se encontra hospitalizado é comum o questionamento e a cobrança dos familiares aos profissionais. A falta de diálogo entre a equipe multiprofissional e os familiares, traz como consequência a escassez e a ausência de informações sobre o paciente, o tratamento e a doença (PENA, 2005) e, nesse contexto, torna-se um marcador forte de déficit de qualidade da atenção dispensada.

Portanto a comunicação adequada, clara e objetiva evita situações de conflito, desrespeito, insegurança, enfim, situações desagradáveis entre a equipe multiprofissional e os familiares de pacientes hospitalizados, além de favorecer os aspectos de: informação orientação, esclarecimentos sobre o papel do familiar no cuidado e a importância do seu envolvimento nesse momento. O que muitas vezes gera atrito com a rotina do hospital, no que diz respeito ao regulamento do horário de visitas, bem como às informações médicas.

Segundo Garrett, (1988, p.52-53)

O primeiro objetivo básico da entrevista é obter compreensão do problema e da situação da pessoa que necessita auxílio. Em primeiro lugar, ouvirá as

declarações de seu cliente sobre suas necessidades. Então guiará a entrevista nas linhas que pareçam ser mais apropriadas às circunstâncias especiais do caso.

É através dessa abordagem, que vamos poder captar o que está oculto na queixa e/ou problema deste usuário, e a partir daí é que vamos poder avaliar a estrutura psico-sócio-econômica e outras referências familiares, para elaborarmos ações que permitam nossa intervenção.

Para Vasconcelos (2002, p.167) são demandas do Serviço Social as

orientações diversas (previdenciárias, documentação, aconselhamento, apoio, etc); “encaminhamentos internos” (para programas, projetos, recursos e/ou serviços da unidade); “encaminhamentos externos” (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais, etc.); “esclarecimentos”, “informações”, “providências”, “apoio”, “aconselhamento”.

As demandas que surgem para o atendimento com o Assistente Social podem ocorrer por duas situações: espontânea ou por encaminhamento da equipe, sendo que contamos que a procura em primeiro lugar é para obtenção de recursos materiais (medicamentos, cestas básicas, passagens, fraldas descartáveis, camas hospitalares, alimentação especial para pacientes que usam sondas, etc.) e orientações previdenciárias que são as mais solicitadas e em segundo lugar são: conflitos familiares, questões emocionais, dependência química, orientações sobre sepultamento gratuito, referência de instituições asilares entre outras solicitações pela família/cuidadora.

É o momento em que o usuário traz à tona suas necessidades, e o Assistente Social tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas e tecnologias disponíveis e socializar estes registros com a equipe multiprofissional.

Aqui, identifico que o trabalho multiprofissional e a articulação dos profissionais e pacientes podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio social.

Por meio das atividades e grupo de apoio social, os sujeitos são estimulados a compartilhar as experiências pessoais, tanto as agradáveis como as que geram dor e sofrimento, favorecendo, assim, a troca, a reciprocidade e o cuidado mútuo. Esse sentimento de pertencer a um grupo social e de encontrar ressonância com as dores dos outros auxilia os sujeitos a buscar possíveis soluções, que até então não haviam sido pensadas, para resolver ou aliviar os conflitos e sofrimentos (LACERDA;VALLA, 2004, p.98).

É durante o período da hospitalização que podemos observar claramente o sofrimento marcante da família quando ela recebe o diagnóstico, e sente-se insegura e aterrorizada havendo um profundo estresse emocional em todos os seus integrantes. As práticas de

solidariedade e apoio mútuo nos permitem afirmar que, através do apoio social, os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença e as possíveis rupturas no seu estilo de vida, desde a privacidade até aos rendimentos.

Conforme Vasconcelos, (2002, p.285)

É o único serviço de nível superior na saúde ao qual o usuário tem acesso livremente. É pelo plantão do Serviço Social que os usuários podem contar com a única “porta aberta permanentemente” na unidade de saúde, sem necessidade de marcação prévia.

3.3 POLITICAS E SERVIÇOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) com a finalidade de implementar as disposições constitucionais, que previam a criação de um sistema público capaz de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL, 2007).

Atualmente as políticas públicas estão redefinindo os modelos assistenciais do SUS, vários programas estão sendo implementados e reformulados, de forma a garantir a organização do processo de prestação de serviços de saúde. Somente com o auxílio dos trabalhadores da saúde e usuários é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde, de maneira que ela envolva todos os níveis tecnológicos necessários à manutenção e/ou recuperação da saúde da população. Por isso, falamos da humanização do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com alteração do modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde (BENEVIDES DE BARROS, 2006)

Segundo Beck (2007, p.509)

na busca pela humanização, é necessário constituir um sistema de saúde que se pautem em valores como a equidade e a integralidade da atenção, vislumbrando o trabalhador de saúde e o paciente e seus familiares como cidadãos.

O SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo, União, Estado e Município, e pelo setor privado contratado e conveniado, assim, esse sistema deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (BRASIL, 2007).

Constatamos cada vez mais que os municípios possuem um papel importante na garantia e na ampliação da manutenção de atenção integral à saúde da população, sendo que

as instâncias públicas Federal e Estadual não deixam de ter suas responsabilidades, pelo contrário, a organização do Sistema de Saúde no Brasil passa pela definição de suas funções e papéis para cada uma dessas instâncias.

Deve ser de responsabilidade dos serviços que compõem o SUS a facilitação de acesso à prestação dos serviços postos à disposição do usuário, sendo os centros de saúde, com acesso direto pela população; as policlínicas e hospitais com a oferta de serviços mais especializados e complexos. Nos casos em que não for constatada urgência, a população tem acesso a esta rede de serviço, caso contrário vai ser necessário o documento de referência contra-referência, fornecido pelo posto de saúde para a efetivação do atendimento especializado. Em situações de urgência/emergência o atendimento será de forma direta nos pronto-socorros.

Apesar da existência do Programa de Assistência Domiciliar (PAD), dirigido ao cuidado de usuários que se encontram em menor situação de risco ou gravidade no pós-alta hospitalar, a família/cuidadora relata as dificuldades e resistências em aceitar e incorporar o retorno do seu familiar.

Para Garrett (1988, p.57).

Algumas vezes, o fato de se falar sobre a situação a um ouvinte atencioso levará a entrevista a um resultado satisfatório. Os pensamentos do cliente são de tal sorte esclarecidos, que ele próprio poderá ver a solução que deve tomar. Afastados seus temores e hesitações, poderá ser encorajado a realizar qualquer ação que se faça necessária.

Mas, infelizmente constatamos que muitos pacientes poderiam ter evoluído de forma mais satisfatória, retomando as suas funções e podendo ser reintegrados a ocupar seu espaço na sociedade e, no entanto, permanecem limitados e dependentes, com chances reduzidas de melhor qualidade de vida, vítimas da deficiência de assistência encontrada ao retornar à comunidade.

Apontamos aqui a relevância da equipe multiprofissional no trabalho de informações e orientações a família/cuidadora do paciente, e que as mesmas sejam estruturadas e incorporadas nas rotinas das unidades de internação.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p.43)

A formação não deve tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A informação, enquanto conteúdos de saúde a ser compartilhados, ocupa um papel importante no campo da saúde, sendo parte integrante nas ações profissionais utilizadas nas intervenção direta, em pelo menos três contextos distintos: entre os profissionais e o paciente; entre os profissionais e a família do paciente, e internamente à equipe multiprofissional, que está responsável pelo paciente.

No contexto da unidade neurológica do HNSC, especificadamente nos atendimentos prestados a pacientes com doenças incapacitantes, entre elas o AVC, é que entendemos o quanto são importantes às informações sobre os conceitos e esclarecimentos sobre a doença: evolução da doença; instalação de seqüelas; investigação neurológica; exames e prognósticos, dentre outros, para promover dessa forma um melhor entendimento e aceitação.

Com base no exposto acima e com a necessidade de obtermos uma avaliação sobre o grau de compreensão e entendimento da família/cuidadora sobre o que é o AVC, e o porquê sobre determinadas orientações, procedimentos e cuidados, que devem ser realizados em seu domicílio, é o foco da proposta de pesquisa aqui apresentada.

Através do resultado desta pesquisa, pretendemos qualificar os processos de atenção à saúde e garantir a continuidade e qualidade do cuidado no pós-alta hospitalar.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

A pesquisa será de abordagem qualitativa, com objetivo de intervenção, utilizando as técnicas de grupo focal e entrevista semi-estruturada.

Segundo Minayo (1994, p.21-22)

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

Conforme Dall’Agnol (1999), a definição de grupo focal segue o conceito de: “é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais, diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico”.

4.2 LOCAL E PARTICIPANTES

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) 100% SUS, é composto de quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC); Hospital Cristo Redentor (HCR); Hospital Fêmeina (HF); Hospital da Criança Conceição (HCC) e com a Gerência da Saúde Comunitária (GSC) com doze postos, que são vinculados ao Ministério da Saúde e oferece a totalidade de seus serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição é o maior das unidades hospitalares que compõem o GHC, a Unidade de Neurologia é composta por doze leitos de enfermaria. Possui ainda uma sala para atendimentos a pacientes graves com quatro leitos (Unidade Intermediária), totalizando dezesseis leitos para atendimento de diversas patologias neurológicas tais como: epilepsia, crises convulsivas, neuropatias, cefaléia e AVC entre outras.

É um hospital geral com internação de média e alta complexidade e ambulatorios, sendo referência para a zona norte de Porto Alegre e também para região metropolitana e interior do Estado.

O projeto de pesquisa será realizado com os familiares e/ou cuidadores de pacientes acometidos de AVC em conjunto com a equipe multiprofissional: Assistente Social, Médico, Enfermeira, Nutricionista, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional na unidade de neurologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

A referida pesquisa será realizada nos meses de maio a agosto de 2009, com uma amostra de dez familiares de pacientes com AVC, que farão parte do grupo focal, sem limite de idade.

Para que possamos compor as reuniões do grupo focal, Dall'Agnoll (1999) refere às idéias de Westphal, que se deve levar em conta que os integrantes tenham, entre si, pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto.

O fundamental, para o sucesso dessa técnica, é que exista um tema específico a ser explorado (AVC), oportunizando ao grupo captar as diferentes visões sobre o mesmo tema.

4.3 CONVITE AOS PARTICIPANTES

As reuniões ocorrerão às quintas-feiras das 09h e 30min às 10h e 30 min, no Setor de Neurologia, 4º andar, sala 4085 de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O convite, conforme o modelo (Anexo D), será confeccionado pelo Assistente Social e entregue aos familiares e/ou cuidador, durante o horário de visitas.

4.4 REUNIÕES E COLETA DE DADOS

As reuniões serão coordenadas pela pesquisadora responsável, que no primeiro encontro fará sua apresentação e a dos demais membros da equipe, além de transmitir as informações a cerca do estudo, objetivos e técnicas da pesquisa. Também serão esclarecidas ao grupo as dinâmicas de discussão sobre as questões que nortearão os temas pertinentes e sobre a manutenção da equipe em realizar as reuniões semanalmente.

Após a explanação a respeito da pesquisa e mediante a aceitação, os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) em duas vias. As reuniões terão a função de grupo focal, onde será utilizado roteiro de perguntas (Anexo B). Concluída a sessão, será aplicado um questionário (Anexo C) individual para os participantes responderem de forma clara e objetiva sobre o seu entendimento das questões abordadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos questionários respondidos, as informações serão analisadas de um modo essencialmente qualitativo, procurando extrair das respostas dos familiares e/ou cuidador às dúvidas mais frequentes dos mesmos e realizar os cruzamentos necessários para se atingir o objetivo da pesquisa. E através desse mecanismo é que vamos poder nos certificar se as informações e as orientações fornecidas pela equipe multiprofissional à família/cuidadora nas reuniões de grupos, estão sendo assimiladas para uma melhora na qualidade de vida do paciente. E com isso também poder avaliar a atuação da equipe multiprofissional sobre a metodologia empregada ou se a mesma deve ser revista, para viabilizar um espaço de convivência que favoreça e facilite o aprendizado em favor do aprimoramento da assistência.

7 ORÇAMENTO

MATERIAL DE CONSUMO	VALORES
PAPEL A4	R\$ 40,00
CANETA ESFEROGRÁFICA	R\$ 20,00
CARTUCHO IMPRESSORA JATO DE TINTA	R\$ 150,00
CD R	R\$ 30,00
PASTA ARQUIVO AZ	R\$ 20,00
PASTA PLÁSTICA COM ELÁSTICO	R\$ 10,00
TOTAL =	R\$ 270,00

O pesquisador responsável necessitará realizar três horas semanais, fora de sua carga horária, em banco de horas, para digitar os resultados da pesquisa e discutir os mesmos com a equipe multiprofissional.

8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa será levado à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Se solicitará aos participantes do grupo a autorização para incluí-los na pesquisa, de forma não identificada garantindo o sigilo de sua identidade. Nessa ocasião haverá o esclarecimento aos participantes sobre os dados da pesquisa que poderão, eventualmente, ser publicados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

As informações obtidas no questionário ficarão guardadas com a pesquisadora durante o período de cinco anos, após serão destruídas.

REFERÊNCIAS

BECK, Carmem Lúcia Colomé, et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 16, n.3, jul. - set. 2007.

BENEVIDES DE BARROS, Regina D.; PEREIRA, Eduardo Henrique Passos. **Verbetes Humanização: Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Observatório dos Técnicos em Saúde da FIOCRUZ. MS, Rio de Janeiro, EPSJV, 2006. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/textos91.pdf> - Acesso em: 19 jan. 2009.

BOCCHI, Silvia C. Mangini. Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadernos de Informação em Saúde. Brasília: Datasus, 2009a. Disponível na internet: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=%24V> Acesso em 02 de abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadernos de Informação em Saúde. Brasília: Datasus, 2009b. Disponível na internet: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>. Acesso em 02 de abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa MultiplicaSUS - Curso básico sobre o SUS: (Re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2.ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível na internet: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/humaniza_sus_marco_teorico.pdf. Acesso em: 19 jan. 2009.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2 ed. Brasília: 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bcs/publicações/carta_direito_usuario_2ed.2007.pdf Acesso em: 19 jan. 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.41-65, 2004.

DALL'AGNOLL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, jan., 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1973.

GARRETT, Annette Marie. **A entrevista, seus princípios e métodos**. Rio de Janeiro: Agir, 1988.

LACERDA, A; VALLA, V.V. As Práticas terapêuticas de cuidado à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In. PINHEIRO, R; MATTOS, R. A (ORG). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 91-102, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social. Teoria, Método, e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Ed Vozes, 1994.

PENA, Silvana Barbosa; DIOGO, Maria José D'Elboux. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.663-9, set.-out. 2005.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira; FARO, Ana Cristina Mancussi e. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v.39, n.2, p.154-63, 2005.

PINHEIRO, Roseni et al. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. et al. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; et al. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, p. 93-109, 2006.

SILVA, Lúcia; BOCCHI, Silvia C. Mangini. A sinalização do enfermeiro entre papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.2, p.180-7, mar.- abr. 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente pesquisa. O objetivo desta pesquisa é avaliar o grau de entendimento das pessoas internadas nesta unidade, principalmente no momento da alta hospitalar. Com a finalidade de qualificar cada vez mais o atendimento nesta unidade. Esta instituição tomará conhecimento dos resultados obtidos, quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado, o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados desta pesquisa são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessível a outras pessoas.

Pelo presente termo, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, do questionário que responderei e dos benefícios da pesquisa. Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer respostas a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios assim como outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim e ao paciente;
- da segurança de que não serei identificado, bem como o paciente, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a nossa privacidade.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com a autora do projeto Assistente Social Eliane Helena Alves Arnolte Laueremann, fone 51 33572322 ou com a orientadora Enfermeira Adelaide Lucia Konzen, fone 51 33572443.

EU.....

Li o texto (fui informado), e concordo em participar da pesquisa.

.....

Assinatura

Data:...../...../.....

Pesquisador:

ANEXO B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO DE FAMILIARES E/OU CUIDADOR (Grupo Focal)

- O que sabe sobre a doença?
- Qual o seu conhecimento sobre os cuidados necessários?
- Relações trabalhistas e previdenciárias?
- Quais são suas dúvidas?

ANEXO C

As questões abaixo devem ser respondidas individualmente após o término da reunião grupo:

1. Você entendeu o que é AVC?
2. Você entendeu quais são as atribuições do cuidador?
3. Você utiliza os recursos da Unidade Básica de Saúde de seu bairro?
4. Você entendeu sobre os direitos previdenciários?
5. Você acha importante a equipe multiprofissional continuar realizando estas reuniões com os familiares?
6. A equipe esclareceu suas dúvidas?
7. Você tem alguma sugestão ou crítica?

ANEXO D**CONVITE**

Convidamos os familiares de _____ leito _____, para participarem no dia ____/____/09 (5ª feira) das 09h 30min. às 10:30 min. na sala 4085 – 4º andar da Unidade de Neurologia do Hospital Conceição , para reunião com a equipe multiprofissional sobre informações , orientações e técnicas de cuidados em pacientes com AVC.