



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

INGRID AZEVEDO DIAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE
IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

CAMPINA GRANDE – PB

2018

INGRID AZEVEDO DIAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE
IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

CAMPINA GRANDE – PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

D541p Dias, Ingrid Azevedo.
Perfil sociodemográfico e capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico [manuscrito] : / Ingrid Azevedo Dias. - 2018.
73 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Autocuidado. 3. Idosos.
4. Perfil de Saúde.

21. ed. CDD 613.043 8

INGRID AZEVEDO DIAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE
IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

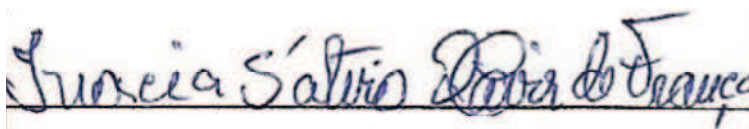
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 28 / 03 / 2018.

BANCA EXAMINADORA



**Prof. Dr. Alexandre Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**



**Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**



**Profa. Dra. Rafaella Queiroga Souto
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)**

Ao meu Deus, pois até aqui me ajudou o Senhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria e por todas as oportunidades que me concedeu para que eu me tornasse uma pessoa vitoriosa e abençoada. Sem Ele, eu nada poderia fazer.

Aos meus Pais, pelo incentivo e apoio durante toda a minha vida, e por suas orações que me fortaleceram em todos os momentos.

Ao Professor Doutor Alexsandro Coura, pela orientação, paciência e disponibilidade no decorrer destes dois anos de pós-graduação. Obrigada por se tornar mais que um orientador, um amigo que será sempre lembrado por sua importância na minha vida profissional e por contribuir com o meu amadurecimento pessoal.

Às Professoras Doutoras Rafaella Queiroga e Inacia Sátiro, por aceitar participar e enriquecer o nosso trabalho com seus conhecimentos, experiência e competência. E, ainda agradeço à Professora Doutora Inacia Sátiro, por me receber e me instruir durante o estágio docência.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, pelos conhecimentos compartilhados que aperfeiçoaram a minha formação como profissional da área da saúde.

Às colegas Jesana de Sá, Mayara Araújo e Tayse Ataide, pelas contribuições durante o processo de coleta de dados da pesquisa e pelo apoio e companheirismo durante os dois anos de mestrado.

A todos os profissionais de saúde das Unidades de Saúde a Família de Campina Grande que nos ajudaram a identificar os idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico, e aos participantes da pesquisa que nos receberam com carinho e concordaram em colaborar com o nosso estudo.

“A enfermagem diferencia-se dos outros serviços humanos pela forma como ela focaliza os seres humanos”.
(Dorothea Orem)

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um transtorno decorrente de um desequilíbrio da função do sistema nervoso central, sendo considerada, atualmente, como uma das principais causas de morte em todo o mundo. Suas sequelas favorecem a perda da qualidade de vida com limitações severas e afetam no autocuidado do indivíduo. O Autocuidado é definido por Orem como ações que os sujeitos executam em benefício próprio para a manutenção da saúde, do bem estar e da vida. **Objetivo Geral:** Analisar o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por AVE. **Objetivos Específicos:** Identificar o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por acidente vascular encefálico; Verificar as necessidades de autocuidado desses indivíduos; Verificar a existência de associação entre variáveis sociodemográficas com a necessidade de autocuidado. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de agosto de 2016 a maio de 2017. Foi utilizada a amostra censitária, totalizando 106 idosos com plegias por AVE, cadastrados em alguma Unidade de Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas domiciliares. Foram utilizados dois formulários, um para avaliação das variáveis sociodemográficas e outro, denominado Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), destinado à avaliação da capacidade de autocuidado. A análise foi realizada por meio do programa estatístico SPSS. Para investigar as diferenças entre as proporções observadas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2) ou o Teste de *Fisher*. Para estimar a confiabilidade interna da ASA, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** Houve predomínio de sujeitos do sexo feminino, com média de idade de 73 anos ($\pm 8,42$ $X_{\min}= 60$; $X_{\max}= 97$), de cor não branca (65,1%), com credo religioso (98,1%), com escolaridade de até o ensino fundamental II (88,6%), casados ou em união estável (52,9%), renda *per capita* ≤ 1 salário mínimo (96,1%) e apresentaram tempo do último AVE ≤ 5 anos (57,1%). A confiabilidade interna da ASA foi satisfatória, com valores do coeficiente alfa de Cronbach total de 0,867. Os IPAVE demonstraram menor capacidade para realizar atividades de autocuidado, tais como manter a casa em que mora limpa (56,6%), pedir informações sobre remédios (55,7%), tomar atitudes para proteção (53,8%) e cuidar de si como deveria (50,9%). A maioria dos participantes apresentou regular capacidade de autocuidado (51,9%). Verificou-se associação entre a capacidade de autocuidado e a escolaridade ($p = 0,004$), o estado civil ($p = 0,016$) e a idade ($p = 0,036$). **Conclusão:** Verificou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado IPAVE. Desse modo, acredita-se que este estudo contribuiu para a reflexão do impacto dos fatores sociodemográficos na capacidade de autocuidado dos IPAVE, por meio de uma teoria de enfermagem, e pode auxiliar na adequação de políticas públicas e no planejamento das ações de enfermagem apropriadas para as necessidades específicas dessa população.

PALAVRAS CHAVE: Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Idoso; Fatores Socioeconômicos; Perfil de Saúde; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a disorder due to a disequilibrium of central nervous system function and being considered, currently as one of the leading cause of death worldwide. The sequels favor the loss of quality of life with severity and affect the selfcare of the individual. Self-care is defined by Orem as the actions that are executed them for their own benefit for the maintenance of health, of well-being and of life.

Objetivo Geral: To analyze the sociodemographic profile and self-care capacity of aged people with stroke. **Objetivos Específicos:** To identify the sociodemographic profile of aged people with paresis due to stroke; To verify the self-care needs of these individuals; To verify the existence of association between sociodemographic variables with the necessity of selfcare. **Métodos:** A cross-sectional study, with a quantitative approach, was realized out between August 2016 and May 2017. A census sample was used, with a total of 106 aged people with paresis by stroke, registered at a Family Health Unit in Campina Grande, Paraíba, Brazil. The data were collected through home interviews. Two forms were used, one for the evaluation of the sociodemographic variables and the other one, called Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA), designed to assess self-care capacity. The analysis was performed using the SPSS statistical program. To investigate the differences between the proportions observed, the Chi-square test (X^2) or Fisher's test was used. In order to estimate the internal reliability of ASA, the Cronbach's alpha coefficient was used. This research was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Paraíba (UEPB) and the participants signed the Free and Informed Consent Term (FICT). **Resultados:** There was a predominance of female subjects, with mean age of 73 years (+ 8.42 $X_{min} = 60$, $X_{max} = 97$), non-white color (65.1%), with religious beliefs (98.1%), with education up to fundamental school II (88.6%), married or in a stable union (52.9%), per capita income <1 minimum salary (96.1%) and presented the time of the last stroke <5 years (57.1%). The internal confidence of ASA was satisfactory, with total values of the Cronbach alpha coefficient of 0.867. The IPAVE demonstrated a lower capacity to perform self-care activities, such as keeping the house in which it lives clean (56.6%), asking for information about medicaments (55.7%), taking action of protection (53.8%) and caring of yourself as should (50.9%). The majority of the participants presented a regular self-care capacity (51.9%). It was verified an association between self-care capacity and schooling ($p = 0.004$), marital status ($p = 0.016$) and age ($p = 0.036$). **Conclusão:** It was verified that sociodemographic factors may interfere with IPAVE self-care capacity. Thus, it is believed that this study contributed to the reflection of the impact of sociodemographic factors on the self-care capacity of IPAVE, through a nursing theory, and can help in the adequacy of public politics and in the planning of appropriate nursing actions for the specific necessities of this population.

KEYWORDS: Stroke; Self Care; Aged; Socioeconomic Factors; Health Profile; Nursing Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Projeções da pirâmide etária do Brasil, nos anos de 2000 e 2050. Brasil, 2016.....	14
Figura 2: Causas do AVE isquêmico e do AVE hemorrágico. Brasil, 2016.....	16
Figura 3: Representação do Modelo de Autocuidado de Orem. Campina Grande/PB, Brasil, 2016.....	18
Figura 4: Representação do Modelo de Autocuidado de Orem e das teorias associadas. Campina Grande - PB, Brasil, 2017.....	27

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - ARTIGO

Figura 1: Distribuição dos escores médios de capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....	45
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde de Campina Grande/PB, Brasil, 2016.....	30
---	----

LISTA DE TABELAS – ARTIGO

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....	43
---	----

Tabela 3: Distribuição de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico segundo sua capacidade de autocuidado indicada pela ASA. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....	44
--	----

Tabela 4: Associações entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.....	46
--	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Distribuição das variáveis sociodemográficas avaliadas no estudo, de acordo com sua classificação e apresentação. Campina Grande/PB, Brasil, 2018.....33
- Quadro 2** – Distribuição das variáveis da Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), avaliadas no estudo, de acordo com sua classificação e apresentação. Campina Grande/PB, Brasil, 2018.....34
- Quadro 3:** Sistema de codificação do sujeito da pesquisa. Campina Grande /PB, Brasil, 2016.....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASA – Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DNT – Doenças Não Transmissíveis

ESF – Equipes de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPAVE – Idosos com Plegias por Acidente Vascular Encefálico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

RAU – Rede de Atenção às Urgências

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UPA 24h – Unidades de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HIPÓTESE.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 O Acidente Vascular Encefálico e alterações de vida diária	21
3.2 Atenção integral do Sistema Único de Saúde à pessoa acometida pelo Acidente Vascular Encefálico.....	22
3.3 Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem.....	25
4 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral	28
3.2 Objetivos Específicos	28
5 MATERIAL E MÉTODOS	29
5.1 Tipo de estudo	29
5.2 Local e período da realização	30
5.3 População e amostra	31
5.4 Critérios de elegibilidade e sujeitos da pesquisa	31
5.5 Procedimentos para coleta de dados.....	31
5.6 Procedimento para análise dos dados	32
5.7 Aspectos éticos	37
6 RESULTADOS	38
7 CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como sendo toda pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e nos países desenvolvidos, a faixa etária compreende a partir dos 65 anos de idade (BRASIL, 2005).

No Brasil, considera-se idoso, qualquer pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o que foi, inicialmente, estabelecido pela Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, e mantido pelo Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Estima-se que, em 2025, o mundo possuirá uma média de 1,2 bilhões de pessoas idosas, e em 2050, 2 bilhões de pessoas terão idade igual ou superior a 60 anos, concentrando-se em sua maioria, nos países em desenvolvimento, um percentual de 80% (BRASIL, 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o topo da pirâmide etária representativa da população brasileira está passando por um processo acelerado de expansão, conforme ilustra a Figura 1, em consequência da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, visto que, em 2000, o Brasil possuía 14.538.987 pessoas acima de 60 anos de idade, o que equivalia a 8,6% dos habitantes brasileiros, e em 2010, estimava-se que esta população era expressiva em 20.588.890, correspondendo a 10,8% da população total do país. Acredita-se que em 2025, o Brasil possuirá em média 32 milhões de idosos, e em 2050, 22,7% dos brasileiros serão idosos (IBGE, 2010; IBGE, 2013).

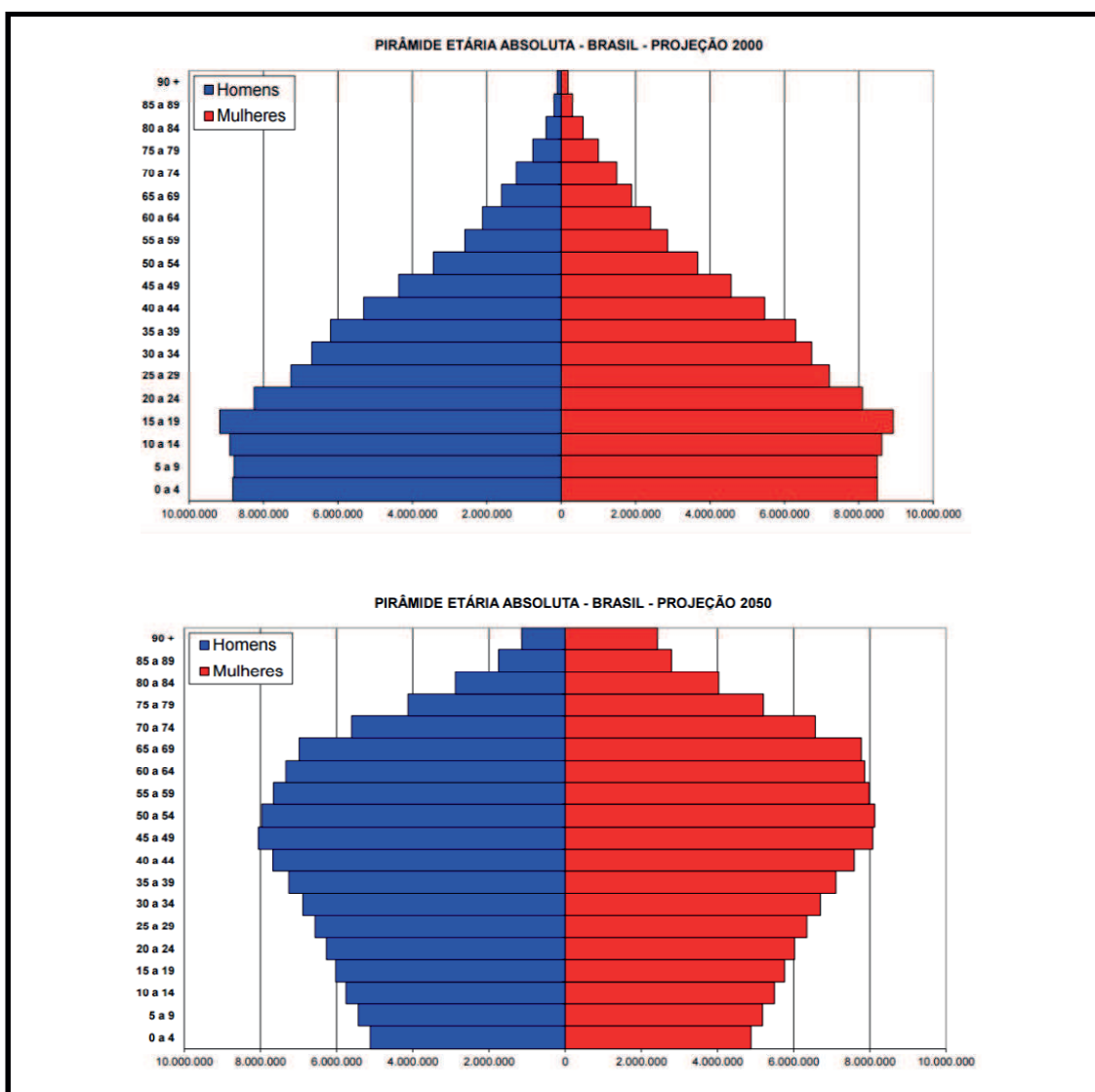


Figura 1 - Projeções da pirâmide etária do Brasil, nos anos de 2000 e 2050. **Fonte:** IBGE, 2013.

A projeção para o ano de 2016, segundo o Censo Demográfico realizado no ano de 2010, é que a Paraíba contém cerca de 4 milhões de habitantes, destes, em média 500 mil indivíduos são considerados idosos, o que equivale a uma média de 12% da população paraibana (IBGE, 2016).

Desta forma, o crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, proporciona uma mudança no perfil epidemiológico, com o aumento das Doenças Não Transmissíveis (DNT), acometendo indivíduos de todas as classes socioeconômicas, com maior impacto nos idosos e nos grupos de baixa renda e escolaridade, decorrente da maior exposição aos fatores de riscos e ao menor alcance aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O acelerado envelhecimento da população mundial nos últimos anos tem proporcionado desafios para os setores sociais e econômicos, a nível global,

desencadeando custos aos cofres públicos, principalmente, devido à necessidade de implementação de programas e políticas que beneficiem a saúde, a atuação e a preservação das pessoas idosas. Para tanto, é necessário que haja planejamento e desenvolvimento dessas ações em curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2005).

As doenças de caráter crônico podem ser definidas como transtornos de saúde com sintomas relacionados ou condições incapacitantes que demandam tratamento por um longo período de tempo, geralmente, três meses ou mais, sendo a cura considerada rara, para esse tipo de doença. Conviver com doença crônica requer mudanças no estilo de vida do indivíduo, para que haja controle dos sintomas e prevenção das complicações decorrente de tal agravo (SMELTZER; BARE, 2009).

As DNT, além de favorecerem a perda da qualidade de vida com limitações severas, contribuem com o crescimento das mortes prematuras e são consideradas, atualmente, as principais causas de morte em todo o mundo, gerando impacto na economia geral (BRASIL, 2011). No ano de 2008, foram confirmadas 57 milhões de mortes no mundo, sendo 36 milhões decorrentes das DNT (ALWAN et al., 2010).

No Brasil, as DNT são consideradas um problema de saúde pública, pois possuem uma elevada taxa de mortalidade, ou seja, 72% das causas de mortes, sendo as doenças do sistema circulatório, as que representam maior proporção entre as DNT (31,3%), seguidas do câncer (16,3%), doença respiratória crônica (5,8%) e diabetes (5,2%) (BRASIL, 2011). Estes quatro grupos de doenças crônicas são considerados os de maior impacto em todo o mundo e possuem cinco fatores de risco em comum, sendo estes, o tabagismo, o sedentarismo, a dieta não saudável, o alcoolismo e o excesso de peso ou obesidade (BRASIL, 2014).

De acordo com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2012, no Brasil, o tabagismo prevalece na população masculina, com menor nível de escolaridade e em pessoas de mais idade; um terço da população realiza algum tipo de atividade física, sendo as mulheres e os idosos mais inativos fisicamente. Deste modo, mais da metade das pessoas adultas apresentam excesso de peso e em média um quinto destas, estão obesas por aderirem a uma dieta rica em gorduras e açúcares, e com menor ingestão de frutas e hortaliças, além do consumo de álcool em excesso, principalmente entre homens, mais jovens e com maior escolaridade (MALTA et al., 2014).

As doenças do sistema circulatório apresentam-se como causa principal de morbimortalidade em todo o mundo, sendo as mais relevantes o Acidente Vascular

Encefálico (AVE), as Doenças Coronarianas e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BRASIL, 2011).

O AVE é um transtorno vascular cerebral decorrente de um desequilíbrio da função do sistema nervoso central, consequente da disfunção no suprimento sanguíneo do cérebro, podendo ser classificado em dois tipos, o AVE isquêmico e o AVE hemorrágico, com origem por diversas causas, como demonstra a Figura 2 (CHAVES, 2000; SILVA; MOURA; GODOY, 2008).

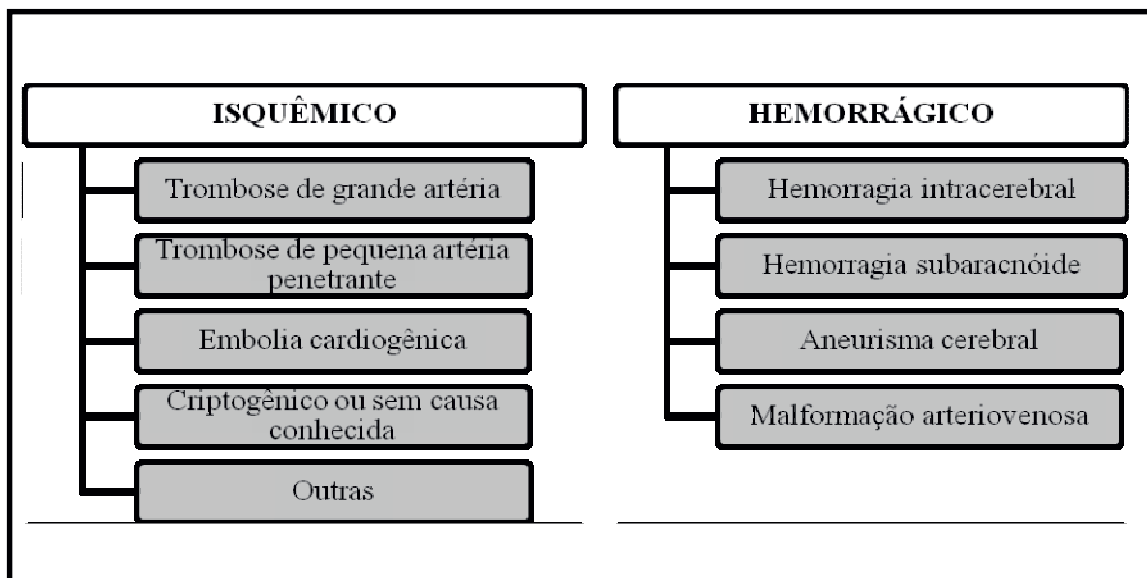


Figura 2 – Causas do AVE isquêmico e do AVE hemorrágico. Brasil, 2016. **Fonte:** (SMELTZER; BARE, 2009).

O AVE isquêmico é caracterizado pela formação de um trombo e a obstrução de um vaso sanguíneo do cérebro, no local da aterosclerose, causando isquemia e infarto do tecido. Inicialmente, as manifestações clínicas são forte cefaleia; dormência na face, no braço ou na perna, em um lado do corpo; alteração do estado mental; dificuldade para falar ou para compreender a fala; alterações na visão; perda do equilíbrio ou da coordenação motora, além de dificuldade para caminhar, com recuperação funcional de, em média, 6 meses após o episódio da doença (SILVA; MOURA; GODOY, 2008; SMELTZER; BARE, 2009).

O AVE hemorrágico é menos frequente que o isquêmico, e origina-se de hemorragias intracranianas ou subaracnóides. As manifestações clínicas são semelhantes às do AVE isquêmico, porém, no AVE hemorrágico, a dor de cabeça é mais intensa, a diminuição do nível de consciência é mais acentuada e a recuperação

funcional é mais extensa, por volta de 18 meses (CHAVES, 2000; SILVA; MOURA; GODOY, 2008; SMELTZER; BARE, 2009).

De acordo com alguns estudos, o perfil dos indivíduos que sofrem AVE é, em sua maioria, mulher, com média de idade entre 63 e 66 anos, com diagnóstico pré-estabelecido de HAS e apontam a hemiplegia como principal seqüela da doença (RIBEIRO et al., 2012; SÁ; GRAVE; PÉRICO, 2014).

Além dos déficits cognitivos, comportamentais e emocionais, problemas de percepção visual e de deglutição (disfagia), transtornos no controle intestinal e vesical, capacidade prejudicada para se expressar e compreender a fala de outras pessoas (afasia) e déficits sensoriais, a hemiplegia é a principal seqüela do AVE, sendo definido pela perda do controle em um dos lados do corpo, independente da sua origem, comprometendo a atividade seletiva dos músculos que comandam o tronco, mais especificamente aqueles que realizam a flexão, rotação e flexão lateral (SMELTZER; BARE, 2011).

Ademais, as hemiplegias retardam a reabilitação da marcha e da independência funcional do indivíduo, constituindo o controle postural como uma prioridade na reabilitação do AVE (SOUZA; RANGEL; SILVA, 2012).

Há um descontentamento e apreensão das vítimas do AVE em relação à dependência imposta pelas sequelas da doença e à incapacidade para realizar atividades laborais, assim como, revelou a preocupação com a recuperação dos movimentos físicos. Dessa forma, é evidente o desejo desses pacientes por autonomia, para sentirem-se ativos ainda dentro do ambiente hospitalar (MANIVA et al., 2013).

A incapacidade física decorrente das sequelas do AVE resulta em falta de independência e autonomia para os pacientes, tornando-os dependentes de cuidados das pessoas do seu convívio e vulneráveis quanto a capacidade de realizar decisões sobre as atividades que desejam realizar, dificultando o enfrentamento da doença (LESSMANN et al., 2011).

Os pacientes vítimas de AVE necessitam de maior cuidado e empenho dos profissionais de saúde nos primeiros instantes da doença e alguns destes pacientes tornam-se dependentes do auxílio dos profissionais em consequência das sequelas graves provenientes do AVE (MORAIS et al., 2015).

Desse modo, é necessária a participação do Enfermeiro nas atividades de reabilitação e na prestação de cuidados aos pacientes acometidos pelo AVE, sendo tal

atividade prevista pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, por meio do artigo oitavo, inciso I (LESSMANN et al., 2011).

Por este motivo, considera-se essencial o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem para o indivíduo com sequelas do AVE, que faz parte das etapas basilares do processo de enfermagem, a fim de elaborar um plano de cuidados adequado que promova autonomia para o paciente (LIMA et al., 2016).

Smeltzer e Bare (2009), destaca o diagnóstico de enfermagem intitulado de Déficit do Autocuidado relacionado às sequelas do AVE, que refere-se à capacidade que o indivíduo possui para realizar atividades diárias como tomar banho, cuidar da higiene, usar o banheiro, vestir-se, alimentar-se e arrumar-se.

O modelo de autocuidado estabelecido por Dorothea Orem foi elaborado em meados de 1950, fundado no princípio de que os indivíduos são capazes de cuidar de si próprios. Conforme apresentado na Figura 3, tal modelo é composto por três construtos associados: a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que embasa os resultados deste trabalho; a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria do Autocuidado (OREM, 2001).

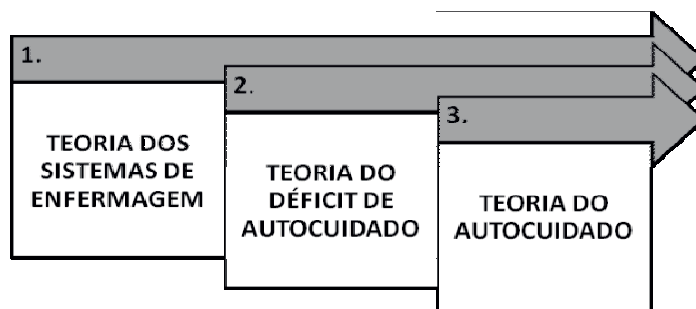


Figura 3 - Representação do Modelo de Autocuidado de Orem. Campina Grande - PB, Brasil, 2016.

O Autocuidado é definido por Orem como ações que os sujeitos executam em benefício próprio para a manutenção da saúde, do bem estar e da vida, desse modo, as ações de autocuidado são descritas como a capacidade que o indivíduo possui em engajar-se no autocuidado (OREM, 2001).

O autocuidado compreende o ser humano em sua totalidade, possibilitando a adição de suas partes, sendo estas subdivididas em biológico, psicológico, espiritual e social, de modo que, para se autocuidar, o indivíduo necessita se adequar ao meio em que vive (SILVA et al., 2009).

O modelo de autocuidado de Orem é considerado atual e moderno, pois enfatiza ideologias e ações de promoção e educação em saúde para preservação da saúde da

população, evidenciando que o ser humano é o responsável pelo autocuidado e que possui a capacidade de raciocinar sobre si mesmo, contribuindo com o seu próprio cuidado, tornando-o distinto dos outros seres humanos (RAIMONDO et al., 2012).

O indivíduo torna-se mais ativo e participativo quando recebe estímulo para realizar atividades de autocuidado, fazendo-o reconhecer suas potencialidades e proporcionando-lhe a melhoria da autoimagem e autoestima (LESSMANN et al., 2011). Assim, o autocuidado pode ser considerado como uma função reguladora que possibilita o desempenho das atividades em sua individualidade, visando à preservação da vida, da saúde e do bem-estar (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Para que o enfermeiro possa planejar as intervenções das atividades de autocuidado é essencial compreender as carências individuais, considerando a especificidade da situação de vida de cada pessoa, estabelecendo ações de educação voltadas ao indivíduo e aos familiares de tal maneira que os mesmo responsabilizem-se pelas suas necessidades de cuidados de saúde (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

Apesar de, em muitos casos, necessitarem da atenção integral dos profissionais de saúde, os pacientes com sequelas do AVE são responsáveis pelo seu próprio cuidado e, independente da gravidade das sequelas provenientes dessa condição, o autocuidado deve ser estimulado para esse indivíduos (MORAIS et al., 2015).

As teorias de Orem são instrumentos que norteiam o reconhecimento das necessidades de autocuidado do indivíduo, contribuindo para o planejamento e a construção dos cuidados de enfermagem, além de viabilizar a implementação das atividades de recuperação e reabilitação (LESSMANN et al., 2011). Seguindo esta lógica, este estudo busca responder as seguintes questões norteadoras: Quais as características sociodemográficas e as necessidades de autocuidado de idosos com plegias por acidente vascular encefálico? E, o perfil sociodemográfico influencia a capacidade de autocuidado?

Diante de todo o exposto, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecer e analisar o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por acidente vascular encefálico, analisando como essas variáveis se influenciam, de maneira a colaborar para a realização de estudos posteriores e servindo para nortear os profissionais de saúde quanto aos cuidados ideais que devem ser oferecidos a estes pacientes, auxiliando no enfrentamento das limitações decorrentes das sequelas da doença e prevenindo maiores complicações por meio de ações de educação em saúde e da promoção do autocuidado.

2 HIPÓTESE

O perfil sociodemográfico de idosos com plegia por acidente vascular encefálico influencia na capacidade de autocuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Acidente Vascular Encefálico e alterações de vida diária

Devido ao processo de senescência natural do envelhecimento humano, há alterações nos sistemas orgânicos, como déficit auditivo e visual, instabilidade postural e lentificação da marcha, aliados às mudanças nos fatores emocionais e psicossociais. Quando esse processo de degradação ocorre associado às sequelas do AVE potencializa o nível de dependência para atividades de vida diária e interfere diretamente a autonomia do idoso (REIS et al., 2017).

Doenças crônicas, como o AVE, estão estabelecidas na agenda das prioridades das políticas públicas de saúde federais e estaduais, considerando-se sua importância por possuir correlação com problemas socioeconômicos, políticos e culturais (RODRIGUES, 2013).

O AVE é um agravo de grande magnitude, pois afeta inúmeras pessoas em todo o mundo e ocorre de forma repentina, proporcionando transformações bruscas na vida do indivíduo acometido (TAULE; RAHEIM, 2014; FERREIRA; MORO; FRANCO, 2015).

Além do cuidar pós AVE, deve-se levar em consideração o contexto social em que a família e a pessoa com sequelas deste agravo estão inseridos, pois ao decorrer de seu desenvolvimento foram constituídas diferentes histórias de relacionamento e cuidado (RODRIGUES, 2013).

Um estudo realizado por Dutra (2017) comprovou que os fatores sociodemográficos, como raça, faixa etária e escolaridade, podem interferir na capacidade funcional de IPAVE, ou seja, nas habilidades de realizar atividades simples ou complexas do cotidiano, necessárias para proporcionar independência e autonomia ao indivíduo.

É necessário conhecer o perfil do e as necessidades IPAVE para viabilizar o planejamento de ações adequadas à realidade de cada indivíduo para promoção, manutenção e reabilitação da saúde (OLIVEIRA et al., 2013).

3.2 Atenção integral do Sistema Único de Saúde à pessoa acometida pelo Acidente Vascular Encefálico

A Portaria nº 1.600 de 7 de Julho de 2011, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de articular e integrar os serviços de saúde, para promover acesso humanizado e integral de qualidade às pessoas em situação de urgência e emergência, e tem como prioridade as linhas de cuidados cardiovascular, traumatologia e cerebrovascular, sendo esta última, a linha que inclui os cuidados aos usuários acometidos pelo AVE. (BRASIL, 2011).

A RAU é constituída por serviços de todos os níveis de atenção à saúde, como: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

A Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, garante e aprova a Linha de Cuidados ao AVE, que corresponde a uma nova definição de estratégias que atendam as necessidades específicas do cuidado à doença em estabelecimentos hospitalares, como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVE, no contexto do SUS (BRASIL, 2012).

A atenção ao usuário vítima de AVE, em unidade de cuidado integral, deve ser composta por uma equipe clínica multiprofissional, composta por responsável técnico neurologista, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionista e farmacêutico. Estes profissionais trabalham de forma integrada, com base em protocolos de cuidados escritos em unidade para atendimento ao AVE, para elucidação diagnóstica e terapêutica apropriados que promovam a redução das complicações pós AVE (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, Academia Brasileira de Neurologia, Rede Brasil AVE e Associação Médica Brasileira, dispõe do Manual de Rotinas de Atenção ao AVE, que contém protocolos, escalas e orientações aos profissionais de saúde, em benefício à assistência

prestada ao paciente acometido pelo AVE, permitindo a qualificação dos trabalhadores que atuam desde a Atenção Básica até as portas de entrada hospitalares (BRASIL, 2013).

No âmbito do SUS, apesar de existir as políticas que estabelecem a atenção à saúde aos pacientes acometidos pelo AVE, em todos os níveis, ainda há fragilidades na assistência ao idoso com AVE, que necessita de cuidados em sua residência (RODRIGUES, 2013).

Pode-se, dessa forma, evidenciar a importância do papel do enfermeiro, atuante na Atenção Básica, como administrador e gestor de saúde, na discussão e na implementação de ações sistematizadas para melhoria do cuidado e da qualidade de vida desses idosos (RODRIGUES, 2013).

A estratégia de autocuidado para o IPAVE deve ser planejada com ele, o cuidador e a equipe de saúde e deve, também, ser um plano assistencial individualizado, fundamentado na realidade a qual o indivíduo está inserido, com propósito de promover um cuidado humanizado e uma reabilitação eficiente (NASCIMENTO et al., 2015).

Portanto, é essencial que os pacientes com sequelas do AVE e seus cuidadores estejam inteirados sobre o cuidado necessário para a reabilitação, levando em consideração as condições físicas, cognitivas, psicológicas, pessoal, social e profissional desses pacientes (FERREIRA; MORO; FRANCO, 2015).

A incapacidade ou limitação de realizar movimentos, consequente do AVE, compromete a capacidade de decisão do idoso sobre quais atividades e quando deseja realizá-las, pode prejudicar a evolução pessoal e coletiva do indivíduo, enfatizando o grau de dependência de cuidados por parte dos familiares (OLIVEIRA et al., 2013; REIS et al., 2017).

Segundo Nascimento (2015), a pessoa com sequelas do AVE apresenta difícil aceitação de sua condição de dependência e do comprometimento do seu autocuidado, o que reforça a importância da participação familiar na assistência, para a melhoria da qualidade de vida do IPAVE.

Santos et al (2015), afirma que o potente estresse que afeta pessoas com AVE tem associação com a independência funcional e com sintomas de depressão, por refletir a atemorização diante da dependência gerada, ou seja, quanto maior o estresse em sobreviventes do AVE, menor é a independência funcional e maior a quantidade de sintomas depressivos.

Para reduzir os riscos de depressão pós AVE, o plano de cuidados e intervenções elaborado pela equipe de saúde deve conter estratégias para que o indivíduo se adapte a diminuição da dependência, com atividades voltadas para o autocuidado, a fim de colaborar para a sua recuperação e reinserção no meio social (SANTOS et al., 2015).

Com o avanço da incidência do AVE na pessoa idosa, o cuidado no domicílio à pacientes com sequelas desta doença tem se tornado mais frequente na rotina dos familiares (OLIVEIRA et al., 2013).

Desse modo, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados para atender tais indivíduos e, dessa forma, consolidar métodos que contribuam para o fortalecimento de redes de apoio e da assistência diferenciada ordenada por uma equipe multiprofissional, com a participação do cuidador e da família, seja no contexto domiciliar ou hospitalar, para estimular a execução do autocuidado (NASCIMENTO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2013).

Com base na Metodologia dos 5 As, desenvolvida em 1989, pelo National Cancer Institute, o autocuidado é organizado em: Avaliação, Aconselhamento, Acordo, Assistência e Acompanhamento. Estas ações estão relacionadas entre si e devem ser realizadas em conjunto, com equipe de saúde multidisciplinar, familiares e com o próprio paciente, para atingir a eficácia dessa metodologia (MENDES, 2012).

Neste contexto, Morais (2015), baseia-se na metodologia dos 5 As, como abordagem efetiva e de menor custo para o plano de autocuidado apoiado em pacientes com AVE, principalmente quando utilizado na recuperação física e social desse indivíduo, com metas realistas e individualizadas.

Ademais, a assistência aos indivíduos com AVE é um desafio para os profissionais de saúde, em ênfase neste estudo, os enfermeiros, que devem prestar um cuidado mais direcionado para atender às necessidades desses pacientes (OLIVEIRA et al., 2013).

Ainda no momento da alta hospitalar, o enfermeiro deve elaborar um plano de cuidado sistematizado e individual para o paciente acometido pelo AVE, além de incentivar estratégias de autocuidado para minimizar a dependência diante das possibilidades de cada um no ambiente familiar (RODRIGUES, 2013).

A elaboração de protocolos com descrição de conceitos aplicáveis para todas as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem são recomendáveis, como a padronização a coleta de dados e discriminação das características similares, com o

objetivo de viabilizar um método de raciocínio diagnóstico específico (LEANDRO et al., 2015).

Os diagnósticos de enfermagem representam a essência do delineamento do cuidado, o que tem impulsionado o desenvolvimento de diversos estudos com foco na assistência planejada e adequada para a pessoa com AVE (LEANDRO et al., 2015).

A maioria dos estudos relacionados ao diagnóstico de enfermagem em indivíduos com AVE refere-se aos diagnósticos de Comunicação verbal prejudicada, Risco de quedas, Mobilidade física prejudicada (LIMA et al., 2016).

Deste modo, o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada é um dos mais freqüentes, pois, das incapacidades e sequelas causadas pelo AVE que geram algum grau de dependência, as mais predominantes são as alterações de mobilidade corporal (MOREIRA, 2011).

Os aspectos mais constantes do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em pessoas acometidas pelo AVE foram três, Instabilidade postural, Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas e Amplitude limitada do movimento (MOREIRA et al., 2016).

Há registro na literatura de outros diagnósticos de enfermagem relacionados a distúrbios motores em indivíduos pós AVE, sendo eles Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso, Risco de intolerância á atividade e Capacidade de transferência prejudicada (LIMA et al., 2016).

3.3 Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem

A fim de incentivar a autonomia e independência dos indivíduos acometidos por incapacidades de realizar atividades, sejam estas de vida diária ou instrumentais, a Enfermeira Dorothea Orem desenvolveu o Modelo de Autocuidado, entre os anos de 1959 a 1985, para propor seu modelo de enfermagem, tendo o autocuidado com conceito primário (QUEIRÓS; VIDINHA; FILHO, 2014).

Orem (2001), define o autocuidado como a atenção e ação que o indivíduo exerce em benefício próprio, dentro de espaços e tempos específicos, para manutenção da qualidade de vida e do bem estar individual.

De acordo com Orem (2001), o modelo de autocuidado engloba três teorias que estão relacionadas entre si, que são a **Teoria do Autocuidado**, a **Teoria do Déficit de**

Autocuidado e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, sendo esta última, a teoria que embasa os resultados deste trabalho. A primeira teoria explica o motivo e de que modo o indivíduo cuida de si mesmo. A segunda teoria fundamenta o porquê de a pessoa receber o cuidado por parte da enfermagem. E por fim, a terceira teoria relata e esclarece os vínculos essenciais para a assistência de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado é dividida em três necessidades de autocuidado: **1. Requisitos de Autocuidado Universais** - comuns a todas as pessoas ao longo de todo o ciclo vital, relacionando-se com as necessidades básicas; **2. Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento** - cuidados que apoiam os processos vitais e de desenvolvimento durante etapas específicas da vida; e **3. Requisitos de Autocuidado de Desvio da Saúde** - cuidados terapêuticos para as pessoas enfermas. Assim, entende-se por autocuidado como uma necessidade específica para regulação do desenvolvimento e desempenho humano (OREM, 2001).

Com embasamento nos preceitos de autocuidado, Orem propõe três Sistemas de Enfermagem: **I. Sistema Totalmente Compensatório**: o enfermeiro realiza o autocuidado, compensando a incapacidade do paciente, o qual deve ser apoiado e protegido; **II. Sistema Parcialmente Compensatório**: o enfermeiro apoia o paciente, realizando algumas ações, porém existe ação bilateral; **III. Sistema de Apoio - Educação**: o enfermeiro apoia o autocuidado, porém é o próprio paciente quem executa as ações (OREM, 2001).

Mendonça et al (2017), apresenta seis requisitos de autocuidado no desvio da saúde, baseados na Teoria Geral de Enfermagem de Orem: 1. Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada; 2. Conhecer e considerar a doença e suas complicações; 3. Aderir ao tratamento; 4. Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento; 5. Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde; 6. Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida.

De modo que, este autor enfatiza o modelo de autocuidado de Orem como sendo fundamental para embasar a práxis da Enfermagem em diversas situações, especialmente na atenção a pessoas com doenças crônicas, pois envolve ações de promoção e educação, incentivando o indivíduo a ser o responsável pelo próprio cuidado (MENDONÇA et al., 2017).

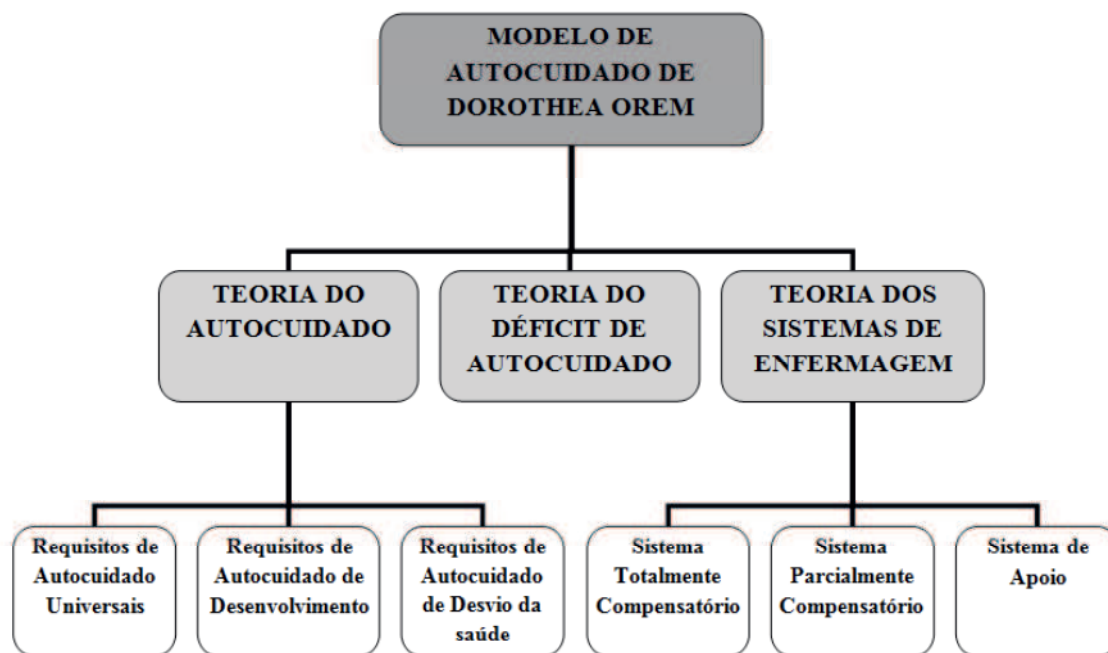


Figura 4 - Representação do Modelo de Autocuidado de Orem e das teorias associadas. Campina Grande - PB, Brasil, 2017.

Com base na teoria do autocuidado, pode-se entender a situação de saúde e as limitações que as pessoas dependem de cuidados individualizados de enfermagem, atentando para a atividade para o autocuidado deve ser realizada de maneira racional, monitorada, planejada e efetiva (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Apesar do cuidar compartilhado ser necessário para a consolidação do autocuidado, é primordial estabelecer um ponto de equilíbrio entre o cuidado excessivo e a escassez do mesmo, para que o indivíduo sinta-se competente para realizar as atividades de autocuidado (QUEIRÓS; VIDINHA; FILHO, 2014).

4 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico de idosos com plegias por acidente vascular encefálico;
- Verificar as necessidades de autocuidado desses indivíduos;
- Verificar a existência de associação entre variáveis sociodemográficas com a necessidade de autocuidado desses idosos.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo refere-se à primeira fase do projeto universal, coordenado pelo Doutor Alexandro Silva Coura, Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), intitulado “Validação de protocolo para a assistência de enfermagem aos idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico: enfocando o autocuidado na atenção primária”, que tem como objetivo analisar a validade de um protocolo para a assistência de enfermagem aos idosos com plegias por acidente vascular encefálico (IPAVE) na atenção primária, baseado nas necessidades de autocuidado desses sujeitos, segundo o modelo conceitual da Teoria do Déficit de Autocuidado, mediante a técnica Delphi.

Para a realização da segunda fase do projeto, ou seja, a construção e, conseqüentemente, a validação de tal protocolo, torna-se necessário verificar as necessidades de autocuidado dos IPAVE e identificar o perfil sociodemográfico desses sujeitos, com base na pesquisa de campo e na literatura científica acerca do tema.

A fim de embasar e proporcionar credibilidade científica a este estudo, também foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura sobre as necessidades dos IPAVE, possibilitando sintetizar os resultados de diversas pesquisas sobre este determinado assunto, seguindo uma metodologia sistematizada e regrada, diminuindo os vieses que possam comprometer a qualidade e confiabilidade da pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com abordagem quantitativa, que, segundo Marconi e Lakatos (2011), a metodologia quantitativa possibilita reduzir as amostras e tabular os dados em formato numérico para comprovar a veracidade das hipóteses, previamente estabelecidas, por meio de análises estatísticas.

Das pesquisas analíticas, os estudos transversais são aqueles que permitem analisar simultaneamente a causa e o desfecho de determinado evento epidemiológico, em uma população e em um momento específico, podendo ser comparado a um retrato da relação entre as variáveis estudadas, durante determinado período (PEREIRA, 1995).

5.2 Local e período da realização

A pesquisa foi executada nas residências dos IPAVE cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Campina Grande/PB, Brasil, entre os meses de agosto de 2016 a maio de 2017. A cidade mencionada está localizada no interior da Paraíba, a 112 km da capital João Pessoa, com uma área total delimitada em 594.182 km² (IBGE, 2010), composta por 49 bairros e com uma população estimada em 407.754 habitantes em 2016 (IBGE, 2010).

Campina Grande é a 3^a Gerência Regional de Saúde das 12 gerências que o Estado da Paraíba possui, como estratégia de descentralizar os serviços de saúde, e está organizada em 08 distritos sanitários, destes, 06 compreendem a zona urbana, 01 compõe a zona rural e 01 abrange Galante, distrito da cidade de Campina Grande, totalizando 88 Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde, correspondendo a 06 Centros de Saúde, 02 Policlínicas, 79 USF e 01 Unidade Mista, conforme demonstrado na Tabela 1.

TIPO DE UNIDADE	DISTRITO SANITÁRIO								TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Centro de Saúde	01	01	01	01	01	-	01	-	06
Policlínica	01	-	-	-	-	01	-	-	02
USF	11	08	12	08	15	17	05	03	79
Unidade Mista	-	-	-	-	-	-	-	01	01
Total	13	09	13	09	16	18	06	04	88

Tabela 1 - Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde de Campina Grande/PB, Brasil, 2016. **Fonte:** Secretaria Municipal de Campina Grande.

Em conformidade com dados fornecidos pela Secretaria Municipal de saúde, Campina Grande possui um total de 116 Equipes de Saúde da Família (ESF). Há predomínio das USF formadas por apenas uma ESF, porém, certas unidades são compostas por duas equipes. Vale salientar que a cidade de Campina Grande foi uma das pioneiras na experiência da estratégia Saúde da Família, no ano de 1994, e na implantação dos Distritos sanitários, em 1998.

5.3 População e amostra

De acordo com dados do IBGE, a Cidade de Campina Grande possui em média 42.654 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o considerado pela legislação brasileira (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; IBGE, 2010).

Todavia, não há consenso sobre o quantitativo exato de idosos acometidos por AVE neste município. Por este motivo, foram investigados todos os sujeitos cadastrados e identificados nas USF da zona urbana de Campina Grande, que atendem aos critérios de elegibilidade da pesquisa, totalizando 106 sujeitos (VIEIRA, 2016).

5.4 Critérios de elegibilidade e sujeitos da pesquisa

Foram atribuídos os seguintes critérios de inclusão para participação da pesquisa:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar com plegia por AVE;
- Encontrar-se cadastrado em alguma USF do município de Campina Grande.

Foram excluídos os indivíduos que apresentaram alguma doença e/ou agravo em saúde que interferem em sua capacidade cognitiva, funcional e de autocuidado, considerando-se que a necessidade para o autocuidado deve ter relação direta com a plegia decorrente do AVE.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, foram providenciados os materiais necessários à realização da pesquisa e foi conduzido um treinamento da equipe responsável pela coleta dos dados para padronização das atividades, evitando vieses que comprometam a confiabilidade do estudo.

A equipe de coleta estabeleceu um primeiro contato com o(a) Enfermeiro(a) responsável por cada equipe das USF, via telefone ou presencial, para esclarecimentos

sobre a pesquisa e para agendar o(s) dia(s) de coletas, segundo a disponibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A estratégia para o entrevistador constituir vínculo com os IPAVE se deu por meio de visita domiciliar na companhia do ACS responsável pela micro-área correspondente à residência. Durante esse encontro, os sujeitos receberam todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e, aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e responderam aos formulários I (Apêndice C) e II (Anexo A).

O Formulário I foi destinado à investigação das variáveis sociodemográficas. Esse instrumento contém questões fechadas e abertas que foram preenchidas pelo pesquisador mediante respostas dos participantes.

O Formulário II, denominado Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), foi elaborado por Isenber e Evers em 1986, a partir de estudos com base nas teorias da enfermagem de Orem, da qual se entende como capacidade de autocuidado a habilidade do ser humano para realizar as práticas de autocuidado, na relação entre indivíduo e o ambiente. A ASA é composta por 24 itens, em uma escala com variação de quatro pontos onde o número um corresponde ao menor valor (nunca), na capacidade do autocuidado e o quatro equivale à máxima habilidade do sujeito. A validade da ASA foi estudada por Evers e Isenberg, sendo positivamente relacionada ao estado de saúde em várias culturas diferentes (ARIAS; ALVAREZ, 2009).

Tal instrumento foi aplicado pelos pesquisadores de forma oral, fazendo a leitura de todos os itens da escala para cada participante, com repetição nos casos que foram solicitados. Depois da leitura, a escala foi assinalada pelo pesquisador de acordo com as respostas dos sujeitos da pesquisa.

O resultado global da ASA obedeceu a uma escala crescente que varia de 24 a 96 pontos. A pontuação de 73-96 representa boa capacidade de autocuidado, de 49-72 indica regular capacidade de autocuidado e de 24-48 equivale à baixa capacidade de autocuidado.

5.6 Procedimento para análise dos dados

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico SPSS base para Windows 20.0 e

apresentados por meio de tabelas com frequências absolutas, relativas e os valores dos testes estatísticos. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95% ($p < 0,05$). Para reduzir ao máximo os erros, a digitação foi efetivada em dupla entrada e, em seguida, ocorreu o cruzamento das informações.

Para investigar as diferenças entre as proporções observadas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2), exceto quando o requisito estatístico de inexistência de caselas menores que cinco não foi atendido. Nesses casos foi efetivado e considerado o teste de *Fisher*. Para estimar a confiabilidade interna da ASA, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*.

As variáveis de descrição da amostra, relacionadas com o perfil sociodemográfico, estão apresentadas do Quadro 1, de acordo com sua classificação e apresentação no estudo.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Sexo	Variável Qualitativa Nominal	1- Masculino 2- Feminino
Idade	Variável Quantitativa Discreta	Idade conforme data de nascimento, calculada em anos, com base na data de entrevista
Religião	Variável Qualitativa Nominal	1- Sem Credo Religioso 2- Católico 3- Evangélico 4- Kardecista 5- Umbandista 6- Outras
Raça	Variável Qualitativa Nominal	1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena
Escolaridade	Variável Qualitativa Ordinal	1- Sem escolaridade 2- Alfabetizado 3- Ensino Fundamental 1 Incompleto 4- Ensino Fundamental 1 Completo 5- Ensino Fundamental 2 Incompleto 6- Ensino Fundamental 2 Completo

		7- Ensino Médio Incompleto 8- Ensino Médio Completo 9- Ensino Superior Incompleto 10-Ensino Superior Completo 11-Pós-Graduação Incompleta 12-Pós-Graduação Completa
Estado civil	Variável Qualitativa Nominal	1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo 4- Divorciado 5- União Estável
Tempo de ave	Variável Quantitativa Discreta	Tempo de AVE em meses, levando em consideração o último episódio, quando ocorrido mais de uma vez, com base na data da entrevista.
Renda <i>per capita</i>	Variável Quantitativa Contínua	Foi realizada a soma da renda individual dos moradores do mesmo domicílio, dividindo-se o total de renda familiar pelo número de moradores da residência.

Quadro 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas avaliadas no estudo, de acordo com sua classificação e apresentação. Campina Grande/PB, Brasil, 2018.

As variáveis de descrição da amostra, relacionadas à ASA, estão apresentadas no Quadro 2, de acordo com sua classificação, apresentação no estudo e os escores estabelecidos.

VARIÁVEIS DA ASA	CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS	ESCORES
ASA 1 Fazer ajustes diante de mudanças	Variável Quantitativa Discreta	À medida que as circunstâncias mudam, faço ajustes para manter a minha saúde.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 2 Certificar se os hábitos são bons	Variável Quantitativa Discreta	Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 3 Obter ajuda se não puder se mover	Variável Quantitativa Discreta	Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 4		Eu posso fazer o que	1- Nunca

Manter a casa em que mora limpa	Variável Quantitativa Discreta	é necessário para manter o ambiente limpo onde eu moro.	2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 5 Privilegiar a saúde	Variável Quantitativa Discreta	Faço em primeiro lugar o que for preciso para me manter saudável.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 6 Cuidar de si como deveria	Variável Quantitativa Discreta	Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 7 Melhorar o cuidado da saúde	Variável Quantitativa Discreta	Eu posso buscar melhores formas de cuidar da minha saúde do que as que tenho agora.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 8 Aumentar a frequência de banhos	Variável Quantitativa Discreta	Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 9 Mudar os hábitos alimentares	Variável Quantitativa Discreta	Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 10 Não mudar o jeito de ser	Variável Quantitativa Discreta	Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 11 Fazer exercícios e descansar	Variável Quantitativa Discreta	Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 12 Recorrer aos amigos	Variável Quantitativa Discreta	Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 13 Dormir o suficiente	Variável Quantitativa Discreta	Posso dormir o suficiente para me sentir descansado.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 14 Pedir informações sobre a saúde	Variável Quantitativa	Quando recebo informações sobre minha saúde, solicito esclarecimentos sobre	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre

	Discreta	o que eu não consigo compreender.	
ASA 15 Inspeccionar o corpo	Variável Quantitativa Discreta	Inspecciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 16 Mudar os hábitos de vida	Variável Quantitativa Discreta	Posso mudar hábitos a fim de melhorar minha saúde.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 17 Pedir informações sobre remédios	Variável Quantitativa Discreta	Quando preciso tomar uma nova medicação, solicito informações sobre os efeitos secundários desse medicamento.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 18 Tomar atitudes para proteção	Variável Quantitativa Discreta	Sou capaz de tomar atitudes a fim de proteger a mim e a minha família.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 19 Avaliar os hábitos de vida	Variável Quantitativa Discreta	Sou capaz de avaliar o que é bom para minha saúde.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 20 Ter tempo para cuidar de si	Variável Quantitativa Discreta	Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 21 Obter informações quando doente	Variável Quantitativa Discreta	Se minha saúde está afetada, posso obter informações necessárias sobre o que fazer.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 22 Obter ajuda se não puder cuidar-se	Variável Quantitativa Discreta	Se eu não posso cuidar de mim, eu posso buscar ajuda.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 23 Ter tempo para si	Variável Quantitativa Discreta	Tenho tempo para mim.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre
ASA 24 Cuidar de si como gosta	Variável Quantitativa Discreta	Apesar das minhas limitações para me locomover, posso cuidar de mim como eu gosto.	1- Nunca 2- Quase Nunca 3- Quase Sempre 4- Sempre

Quadro 2 – Distribuição das variáveis da Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), avaliadas no estudo, de acordo com sua classificação e apresentação. Campina Grande/PB, Brasil, 2018.

5.7 Aspectos éticos

O projeto universal, intitulado “**Validação de protocolo para a assistência de enfermagem aos idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico:** enfocando o autocuidado na atenção primária”, que dá origem a esta pesquisa, foi registrado e aprovado na Plataforma Brasil, após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande/PB e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em 06 de Julho de 2016 (Anexo B), e está em conformidade com os fundamentos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os indivíduos que se adequaram aos critérios de inclusão foram informados sobre os objetivos do estudo, o sigilo, a não identificação como participante e o direito de plena liberdade para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem punição alguma.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aqueles que não conseguiram assinar o seu nome no TCLE fizeram a impressão datiloscópica do dedo polegar da mão direita ou consentiu a assinatura de um responsável ou cuidador. Para assegurar o sigilo dos sujeitos da pesquisa foi adotado um sistema de identificação por codificação alfanumérica, de conhecimento restrito à equipe de pesquisa, apresentado no Quadro 3.

SUJEITOS E CÓDIGOS	NÚMERO DA COLETA 1, 2, 3... n	REFERÊNCIA DO DISTRITO SANITÁRIO DI, DII, DIII, DIV, DV, DVI	EXEMPLO JUNÇÃO DOS CÓDIGOS
Sujeito A	1	DI	1-DI
Sujeito B	2	DII	2-DII
Sujeito C	3	DIII	3-DIII
Sujeito D	4	DIV	4-DIV
Sujeito E	5	DV	5-DV
Sujeito F	6	DVI	6-DVI

Quadro 3 - Sistema de codificação do sujeito da pesquisa. Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

6 RESULTADOS

O resultado deste trabalho consiste na elaboração de um artigo científico para submissão à “Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN”, qualis A2 na área de Enfermagem e qualis B1 na área de Saúde Coletiva.

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico, residentes no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, e verificar a existência de associação entre variáveis sociodemográficas com a necessidade de autocuidado desses indivíduos.

AUTOCUIDADO EM IDOSOS PLÉGICOS APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: RELAÇÃO COM PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

RESUMO: **Objetivo:** Analisar as associações entre o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por acidente vascular encefálico. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem quantitativa analítica. Participaram da investigação 106 sujeitos do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados mediante entrevistas domiciliares. Foram utilizados dois formulários para avaliação das variáveis sociodemográficas e capacidade de autocuidado. A análise foi realizada por meio do programa estatístico SPSS. **Resultados:** Houve predomínio de sujeitos do sexo feminino, com média de idade de 73 anos, de cor não branca, com credo religioso, baixa escolaridade, casados ou em união estável, renda *per capita* ≤ 1 salário mínimo. A maioria dos participantes apresentou regular capacidade de autocuidado. Verificou-se associação entre a capacidade de autocuidado e a escolaridade, o estado civil e a idade. **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado de idosos com plegias por acidente vascular encefálico.

DESCRITORES: Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Idoso; Fatores Socioeconômicos; Teoria de Enfermagem.

KEY WORDS: Strok; Self Care; Aged; Socioeconomic Factors; Nursing Theory.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular; Autocuidado; Anciano; Factores Socioeconómicos; Teoría de Enfermería.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o topo da pirâmide etária representativa da população brasileira está passando por um processo acelerado de expansão, em consequência da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida⁽¹⁾.

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, proporciona uma mudança no perfil epidemiológico, com o aumento das Doenças Não Transmissíveis (DNT), acometendo indivíduos de todas as classes socioeconômicas, com maior impacto nos idosos e nos grupos de baixa renda e escolaridade, decorrente da maior exposição aos fatores de riscos e ao menor acesso aos serviços de saúde⁽²⁾.

As doenças do sistema circulatório apresentam-se como causa principal de morbimortalidade em todo o mundo, sendo as mais relevantes o Acidente Vascular Encefálico (AVE), as Doenças Coronarianas e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁽²⁾.

O AVE é um agravo de grande magnitude, pois afeta inúmeras pessoas em todo o mundo e ocorre de forma repentina, proporcionando transformações bruscas na vida do indivíduo acometido^(3,4). Por isso, torna-se necessário conhecer o perfil do e as necessidades dos Idosos com Plegias por AVE (IPAVE) para viabilizar o planejamento de ações adequadas à realidade de cada indivíduo para promoção, manutenção e reabilitação da saúde⁽⁵⁾.

Com o avanço da incidência do AVE na pessoa idosa, o cuidado no domicílio à pacientes com sequelas desta doença tem se tornado mais frequente na rotina dos familiares⁽⁵⁾. Desse modo, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados para atender tais indivíduos e consolidar métodos que contribuam para o fortalecimento de redes de apoio e da assistência diferenciada ordenada por uma equipe multiprofissional, com a participação do cuidador e da família, seja no contexto domiciliar ou hospitalar, para estimular a execução do autocuidado^(5,6).

A fim de incentivar a autonomia e independência dos indivíduos acometidos por incapacidades de realizar atividades, sejam estas de vida diária ou instrumentais, a Enfermeira Dorothea Orem desenvolveu o Modelo de Autocuidado, entre os anos de 1959 a 1985⁽⁷⁾.

Orem define o autocuidado como a atenção e ação que o indivíduo exerce em benefício próprio, dentro de espaços e tempos específicos, para manutenção da qualidade de vida e do bem estar individual⁽⁸⁾. O modelo de autocuidado de Orem é fundamental para embasar a práxis da Enfermagem em diversas situações, especialmente na atenção a pessoas com doenças crônicas, pois envolve ações de promoção e educação, incentivando o indivíduo a ser o responsável pelo próprio cuidado⁽⁹⁾.

Por conseguinte, esta pesquisa pretende colaborar com a realização de estudos posteriores e nortear os profissionais de saúde quanto aos cuidados ideais que devem ser oferecidos aos IPAVE, auxiliando no enfrentamento das limitações decorrentes das sequelas da doença e prevenindo maiores complicações por meio por meio de ações de educação em saúde e da promoção do autocuidado.

OBJETIVO

Analisar as associações entre o perfil sociodemográfico e a capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo aos critérios de sigilo, privacidade e recusa, em qualquer fase da pesquisa, sem punição alguma, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada entre os meses de agosto de 2016 a maio de 2017, em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população foi constituída de idosos com plegias por AVE (IPAVE), de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa: possuir idade igual ou superior a 60 anos; estar com plegia por AVE; encontrar-se cadastrado em alguma USF da zona urbana do município de Campina Grande/PB. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram alguma doença e/ou agravo em saúde que interferem em sua capacidade cognitiva, funcional e de autocuidado, considerando-se que a necessidade para o autocuidado deve ter relação direta com a plegia decorrente do AVE.

Faz-se necessário enfatizar que não há consenso quanto ao quantitativo exato de idosos acometidos por AVE neste município. Por este motivo, foi utilizada a amostra censitária, sendo investigados todos os sujeitos cadastrados nas unidades USF que atenderam aos critérios de elegibilidade da pesquisa. A amostra foi composta por 106 idosos com plegias por AVE.

Protocolo do estudo

Para obter os dados, foi realizado um primeiro contato com o(a) Enfermeiro(a) responsável por cada equipe das USF, via telefone ou presencial, para esclarecimentos sobre a pesquisa e para agendar o(s) dia(s) de coletas, segundo a disponibilidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estratégia para o entrevistador constituir vínculo com os IPAVE se deu por meio de visita domiciliar na companhia do ACS

responsável pela micro-área correspondente à residência. Durante esse encontro, os sujeitos receberam todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e, aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram o TCLE e responderam aos formulários I e II.

O Formulário I é destinado à investigação das variáveis sociodemográficas. Já o Formulário II, denominado Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), composta por 24 itens, em uma escala com variação de quatro pontos onde o número 01 corresponde ao menor valor (nunca), na capacidade do autocuidado e o 04 equivale à máxima habilidade do sujeito (sempre).

O resultado global da ASA obedeceu a uma escala crescente que varia de 24 a 96 pontos. A pontuação de 73-96 representa boa capacidade de autocuidado, de 49-72 indica regular capacidade de autocuidado e de 24-48 equivale à baixa capacidade de autocuidado. Tal instrumento foi aplicado pelos pesquisadores de forma oral, fazendo a leitura de todos os itens da escala para cada participante que não conseguiam compreender os itens da escala ou quando possuíam dificuldade para a leitura.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico SPSS base para Windows 20.0 e apresentados por meio de tabelas com frequências absolutas, relativas e os valores dos testes estatísticos. As associações investigadas consideraram os intervalos de confiança em 95% ($p < 0,05$). Para reduzir ao máximo os erros, a digitação foi efetivada em dupla entrada e, em seguida, ocorreu o cruzamento das informações. Para investigar as diferenças entre as proporções observadas foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2), exceto quando o requisito estatístico de inexistência de caselas menores que cinco não foi atendido. Nesses casos foi efetivado e considerado o teste de *Fisher*. Para estimar a confiabilidade interna da ASA, utilizou-se o coeficiente alfa de *Cronbach*.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico

Na Tabela 1 são apresentados os dados do perfil sociodemográfico. Em relação ao sexo dos participantes deste estudo, o percentual de mulheres foi 1,8% superior ao de homens; a média de idade foi 73 anos ($\pm 8,42$ $X_{\min} = 60$; $X_{\max} = 97$). A maioria apresentou tempo do último AVE ≤ 5 anos (57,1%, $n = 60$), declarou-se de cor não branca (65,1%;

n = 69), com credo religioso (98,1%; n = 104), com escolaridade de até o ensino fundamental II (88,6%; n = 93), com companheiro (52,9%; n = 56) e com renda *per capita* ≤ 1 salário mínimo (96,1%; n = 99).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	52	49,1
Feminino	54	50,9
Faixa etária		
60 - 69 anos	35	33
70 - 79 anos	48	45,3
80 - 89 anos	17	16
≥ 90 anos	6	5,7
Tempo de AVE n=105		
≤ 5 anos	60	57,1
6 - 10 anos	29	27,6
> 10 anos	16	15,3
Raça		
Parda	40	37,7
Branca	37	34,9
Negra	27	25,5
Amarela	2	1,9
Religião		
Católico	75	70,8
Evangélico	26	24,5
Outras	3	2,8
Sem credo	2	1,9
Escolaridade n=105		
Sem escolaridade	34	32,4
Fundamental I incompleto	46	43,8
Fundamental I completo	10	9,5
Fundamental II incompleto	3	2,9
Médio incompleto	6	5,7
Médio completo	4	3,8
Superior incompleto	2	1,9
Estado civil		
Solteiro	10	9,4
Casado	50	47,2
União estável	6	5,7
Divorciado	7	6,6
Viúvo	33	31,1
Renda per capita n=103		
≤1 salário mínimo*	99	96,1
>1 salários mínimo	4	3,9

Fonte: Dados da pesquisa. n=106; *Salário mínimo=R\$: 937,00.

Teste de fidedignidade da escala ASA

A confiabilidade interna da Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA) foi analisada mediante ao coeficiente de *Cronbach*. Observou-se satisfatória consistência com o alfa de *Cronbach* total de 0,867.

Capacidade de autocuidado

A capacidade para realizar atividades de autocuidado, segundo a ASA, apresenta-se na Tabela 2. Os IPAVE demonstraram menor capacidade (Nunca) para realizar as seguintes atividades de autocuidado: Manter a casa em que mora limpa (56,6%), pedir informações sobre remédios (55,7%), tomar atitudes para proteção (53,8%) e cuidar de si como deveria (50,9%).

Tabela 2 - Distribuição de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico segundo sua capacidade de autocuidado indicada pela ASA. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Itens da ASA	Nunca		Quase nunca		Quase sempre		Sempre	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Fazer ajustes diante de mudanças	29	27,3	25	23,6	20	18,9	32	30,2
Certificar se os hábitos são bons	31	29,2	18	17	23	21,7	34	32,1
Obter ajuda se não puder se mover	6	5,6	4	3,8	9	8,5	87	82,1
Manter a casa em que mora limpa	60	56,6	14	13,2	13	12,3	19	17,9
Privilegiar a saúde	17	16	23	21,7	18	17	48	45,3
Cuidar de si como deveria	54	50,9	13	12,3	15	14,2	24	22,6
Melhorar o cuidado da saúde	23	21,7	33	31,1	25	23,6	25	23,6
Aumentar a frequência de banhos	24	22,6	18	17	13	12,3	51	48,1
Mudar os hábitos alimentares	27	25,5	17	16	22	20,8	40	37,7
Não mudar o jeito de ser	43	40,6	32	30,2	14	13,2	17	16
Fazer exercícios e descansar	43	40,5	13	12,3	18	17	32	30,2
Recorrer aos amigos	30	28,3	11	10,4	24	22,6	41	38,7
Dormir o suficiente	7	6,6	18	17	16	15,1	65	61,3
Pedir informações sobre a saúde	51	48,1	11	10,4	11	10,4	33	31,1
Inspecionar o corpo	39	36,8	14	13,2	12	11,3	41	38,7
Mudar os hábitos de vida	29	27,3	23	21,7	18	17	36	34
Pedir informações sobre remédios	59	55,7	14	13,2	10	9,4	23	21,7

Tomar atitudes para proteção	57	53,8	19	17,9	14	13,2	16	15,1
Avaliar os hábitos de vida	13	12,3	26	24,5	17	16	50	47,2
Ter tempo para cuidar de si	16	15,1	6	5,7	8	7,5	76	71,7
Obter informações quando doente	18	17	25	23,6	18	17	45	42,4
Obter ajuda se não puder cuidar-se	6	5,7	1	0,9	9	8,5	90	84,9
Ter tempo para si	3	2,8	4	3,8	8	7,6	91	85,8
Cuidar de si como gosta	41	38,7	23	21,7	16	15,1	26	24,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Capacidade de autocuidado geral

A média total da ASA correspondeu a 63,6 pontos, desvio padrão de $\pm 13,84$, com uma amplitude de resposta entre 32 a 88 pontos, frente a uma amplitude real da escala de 24 a 96 pontos. Conforme apresentado na Figura 1, verificou-se que 51,9% dos participantes apresentam regular capacidade de autocuidado, 29,2%, boa e 18,9%, baixa.

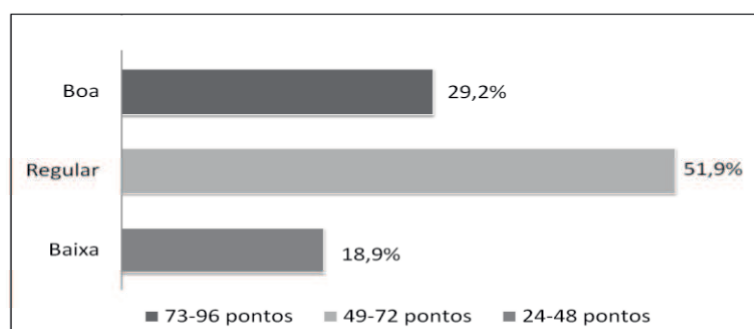


Figura 1 - Distribuição dos escores médios de capacidade de autocuidado de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Relação entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos

Na Tabela 3, observou-se que a escolaridade ($p = 0,004$), o estado civil ($p = 0,016$) e a faixa etária ($p = 0,036$) são fatores sociodemográficos que estão associados com a capacidade de autocuidado IPAVE.

Tabela 3 - Associações entre a capacidade de autocuidado e os fatores sociodemográficos de idosos com plegias por Acidente Vascular Encefálico. Campina Grande/PB, Brasil, 2017.

Fatores sociodemográficos	Capacidade de autocuidado				RP (IC - 95%)	X ^{2*}	P ^d	c
	Depend.		Independ.					
	N	%	n	%				
Sexo								
Masculino	33	63,5	19	36,5	-	2,624	0,105	-
Feminino	42	77,8	12	22,2				
Religião								
Sem credo	2	100	0	0	-	-	0,499	-
Com credo	73	70,2	31	29,8				
Raça								
Não branca	48	69,6	21	30,4	-	0,135	0,713	-
Branca	27	73	10	27				
Escolaridade								
<10 anos	71	76,3	22	23,7	2,29 (1,02-5,13)	-	0,004	0,290
≥10 anos	4	33,3	8	66,7				
Estado civil								
Sem companheiro	41	82	9	18	1,35 (1,05-1,73)	5,784	0,016	0,227
Com companheiro	34	60,7	22	39,3				
Rendaper capita								
Até 1 SM [†]	70	70,7	29	29,3	-	-	0,349	-
Mais de 1 SM	2	50	2	50				
Faixa etária								
≤ 73 anos	34	61,8	21	38,2				
> 73 anos	41	80,4	10	19,6	0,76 (0,60-0,98)	4,412	0,036	0,200
Tempo de AVE								
≤ 5 anos	44	73,3	16	26,7	-	0,549	0,459	-
> 5 anos	30	66,7	15	33,3				

Fonte: Dados da pesquisa; Dependente = baixa ou regular capacidade de autocuidado; Independente = boa capacidade de autocuidado; SM = salário mínimo; *Nas caselas menores que cinco, considerou-se o teste de Fisher; [†]SM=salários mínimo.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, verifica-se que a maioria dos IPAVE são do sexo feminino, resultado semelhante a outros estudos que enfatizam os fatores sociodemográficos de idosos acometidos pelo AVE, sendo um deles realizado nesta mesma cidade^(5,11,12), fato que pode estar associado à maior longevidade da mulher⁽¹³⁾. Porém, a relação entre AVE e sexo deve ser melhor analisada, considerando as divergências entre as escolhas das amostras de cada estudo e as especificidades das diferentes localidades de aplicação da pesquisa⁽¹²⁾.

Em relação à idade, a maior prevalência foi de pessoas entre 60 e 79 anos. Um estudo realizado em Joinville, Santa Catarina, com pacientes acometidos por AVE, identificou a elevada presença de prejuízo cognitivo em pessoas com maior idade,

principalmente do sexo feminino, o que causa danos para a recuperação, independência e qualidade de vida desses indivíduos⁽⁴⁾.

A maioria dos IPAVE declarou-se de cor não branca. Este dado é compatível com uma pesquisa realizada com informações de óbitos de 2010 do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde, com o objetivo de descrever as taxas de mortalidade cerebrovascular segundo a raça no Brasil. Tal pesquisa comprovou que o risco de mortalidade por doenças cerebrovascular é maior em negros, seguidos por pardos e, continuamente, menor entre os brancos, considerando a raça um fator predisponente para o desenvolvimento dessas doenças⁽¹⁴⁾.

Os dados apresentados despertam a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre a relação entre AVE e raça, pois apesar dos fatores genéticos exercerem um papel importante no desenvolvimento de doenças, isto também pode estar associado à menor condição socioeconômica que ainda persiste na população de cor não branca, o que influencia no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos cuidados em saúde.

Os IPAVE afirmaram, predominantemente, possuir alguma crença religiosa e conviver com a presença de um companheiro. O suporte familiar, a religiosidade e a espiritualidade são elementos essenciais para reabilitação da pessoa que sofreu AVE⁽¹⁵⁾, pois esses fatores fortalecem a esperança de recuperação que podem ser obtido por meio da fé^(15,16). Este processo de reabilitação posterior ao AVE pode ser demorado e demanda persistência por parte do cuidador e de quem recebe o cuidado^(17,18). Desse modo, as atividades religiosas e a inclusão da família melhoram a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos pós AVE^(15,16).

A baixa renda familiar e a baixa escolaridade prevaleceram consideravelmente entre os idosos que fizeram parte da amostra. A incapacidade de realizar diversas atividades, em consequência das sequelas do AVE, impossibilita essas pessoas de cooperar com as despesas financeiras do lar, e acarreta mais responsabilidades aos familiares, que passam a suprir diversas necessidades, como gastos com alimentação, vestimentas e os custos adicionais com a saúde^(15,19,20).

Em relação à capacidade de autocuidado, um estudo realizado em Rwanda, sobre limitações de atividades vivenciadas por pessoas com AVE, verificou que os indivíduos apresentaram perda ou diminuição da capacidade de caminhar independentemente, com limitações de mobilidade; e também eram dependentes em atividades de autocuidado como tomar banho, alimentar-se, ir ao banheiro e vestir-se, e necessitavam de auxílio

para executar as atividades de vida doméstica, como cozinhar, lavar roupas e limpar a casa⁽²¹⁾.

Uma pesquisa realizada em Portugal, com pessoas dependentes de autocuidado, evidenciou que as atividades de autocuidado que a maioria dessas pessoas possuía maior nível de dependência eram: Lavar e secar o corpo durante o banho, fazer higiene íntima após urinar ou evacuar, ajustar as roupas após a higiene íntima, cuidar das unhas, calçar meias e sapatos⁽¹³⁾. Os pacientes com AVE são dependentes para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, e necessitam de suporte de um cuidador para executar as tarefas⁽⁵⁾.

Os resultados sobre capacidade de autocuidado dos IPAVE são compatíveis com os estudos citados acima, no que se refere à dificuldade para realizar atividades de autocuidado como, limpeza da casa em que mora, pedir informações sobre remédios, tomar atitudes para a proteção, e cuidar de si como deveria.

As pessoas com sequelas do AVE, dependentes do autocuidado, demonstraram ser afetados psicologicamente e se sentiam envergonhados por sobrecarregar seus parentes ou cuidadores com ajuda em atividades diárias básicas⁽²¹⁾. Além de afetar as atividades diárias, as limitações físicas causadas pelo AVE abalam a autoestima, a competência para o trabalho, a vida social e financeira⁽¹⁵⁾.

Sobre o autocuidado e medicamentos, pesquisa realizada em Portugal constatou maior dependência para o autocuidado em atividades para providenciar medicamentos e preparar a medicação, resultado que identifica-se com o que foi evidenciado neste estudo sobre a dificuldade quem os IPAVE têm para pedir informações sobre os remédios que fazem uso. Tal fato pode ser explicado pelo baixo nível de escolaridade e pelo comprometimento cognitivo que limitam a compreensão e o acesso a informações sobre a saúde⁽¹³⁾.

Em relação à escolaridade, estudos comprovam a associação entre a baixa escolaridade e a capacidade funcional de indivíduos com AVE. Por da falta de informações sobre determinados assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, e pelo comprometimento cognitivo consequente do AVE, a baixa escolaridade pode afetar no alcance de conhecimentos sobre a saúde e na participação do tratamento da pessoa dependente de cuidados^(4,11).

O presente estudo identificou que a maioria dos IPAVE apresentou regular capacidade de autocuidado. Durante revisão de literatura, não foram encontrados estudos que utilizassem a escala ASA para verificar a capacidade de IPAVE. Porém,

uma pesquisa realizada na Colômbia com pessoas com risco cardiovascular e média de idade de 65,6 anos, aplicou a escala ASA e o teste de *Cronbach* e verificou que os participantes apresentaram regular capacidade de autocuidado e descontentamento com as necessidades de autocuidado nos requisitos universais, como manter o equilíbrio entre atividade e repouso, ingestão adequada de alimentos que mantém para o peso ideal e cuidados corporais adequados⁽²²⁾.

Os fatores sociodemográficos que apresentaram significativa associação com a capacidade de autocuidado IPAVE foram a escolaridade, o estado civil e a faixa etária. Os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com a literatura, no tocante ao maior acometimento dos idosos pelo AVE^(4,12,23,24), e fortalece a necessidade de implementação de ações de prevenção do AVE, especialmente na atenção primária à saúde, não só para pessoas idosas, mas para os jovens também, considerando a filosofia do envelhecimento ativo⁽¹²⁾.

No tocante ao estado civil, estudos afirmam que a convivência e o apoio familiar torna-se parte fundamental no cuidado do idoso pós AVE, diante das necessidades de ordem motora, psíquica e social que abalam e tornam este idoso vulnerável, o que incube aos familiares ou companheiros, o apoio às atividades simples até aquelas de cuidado de maior complexidade^(17,18).

De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que faz parte do Modelo de Autocuidado de Orem, o indivíduo que possui maior incapacidade para efetuar o autocuidado, tornando-se dependente de cuidados de enfermagem para substituir o indivíduo no autocuidado, pode-se classificar como uma intervenção totalmente compensatória. Enquanto aqueles que podem executar algumas atividades de modo independente e requerem apoio apenas para o que não conseguem realizar sozinhos, classifica-se como uma intervenção parcialmente compensatória⁽⁸⁾. Desse modo, os resultados encontrados neste estudo indicam que os IPAVE possuem necessidades de cuidados parcialmente compensatórios, por apresentarem capacidade regular de autocuidado.

Quanto maior a necessidade de atenção que o idoso possui, com comprometimento no desenvolvimento das atividades de vida diária, maior é a sobrecarga para o cuidador, pois eles se sentem desamparados e inaptos na aplicação dos cuidados necessários ao idoso⁽⁶⁾. Desse modo, é necessária a participação do enfermeiro e da equipe de saúde no apoio e na educação em saúde ao cuidador, com objetivo de incentivar o autocuidado e promover autonomia ao IPAVE.

Conhecer o perfil sociodemográfico dos IPAVE viabiliza a formulação de ações efetivas que estimulam a independência do paciente e que possibilitam a participação da família e dos profissionais de saúde, para alcançar a melhoria da qualidade devida⁽⁵⁾.

Seguindo o fundamento de que o autocuidado é essencial na vida de qualquer pessoa, o autocuidado apoiado, para indivíduos com sequelas do AVE, deve ser realizado a longo prazo, por se tratar de um agravo cerebrovascular com recuperação lenta e causador de limitações para diversas atividades⁽²⁵⁾.

Portanto, a reabilitação desses pacientes torna-se um desafio para a enfermagem, indo além do período de internação, integrando o cuidado domiciliar para melhor estruturar a assistência e a adaptação do indivíduo a dependência de autocuidado, para que os sobreviventes do AVE possam assumir a responsabilidade de participar do autocuidado no seu domicílio a partir da capacitação e do acompanhamento dos profissionais de saúde^(13,24,25).

Limitações do estudo

Como limitação do estudo pode-se indicar a lacuna existente na literatura, no tocante às pesquisas sobre IPAVE e insuficiência de pesquisas similares, no que se refere à abordagem e aos instrumentos utilizados, o que inviabilizou a comparação mais precisa dos dados.

Contribuições para a área da enfermagem

Entender a relação entre perfil sociodemográfico e capacidade de autocuidado de IPAVE, entendidas por meio de uma teoria de enfermagem, a Teoria do Autocuidado de Orem, pode auxiliar na adequação de políticas públicas e no planejamento das ações de enfermagem apropriadas para as necessidades específicas dessa população. As ações de enfermagem devem considerar as limitações físicas e sociais de cada indivíduo, com o objetivo de promover a autonomia dos sujeitos envolvidos na assistência e incluir a educação em saúde na implementação de suas intervenções.

CONCLUSÃO

Os IPAVE residentes no município de Campina Grande são, em sua maioria, do sexo feminino, com média de idade de 73 anos, de cor não branca, com credo religioso,

escolaridade de até o ensino fundamental II, casados ou em união estável, renda *per capita* \leq 1 salário mínimo e apresentam tempo do último AVE \leq 5 anos.

A maioria dos indivíduos estudados apresentou regular capacidade de autocuidado, com menor competência para realizar as seguintes atividades, segundo a ASA: manter a casa em que mora limpa, pedir informações sobre remédios, tomar atitudes para proteção e cuidar de si como deveria. Verificou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado IPAVE, especialmente os relacionados à escolaridade, estado civil e idade.

Desse modo, acredita-se que este estudo contribuiu para a reflexão do impacto dos fatores sociodemográficos na capacidade de autocuidado dos IPAVE, visando a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos por meio da recuperação da saúde e prevenção das complicações, mediante a promoção do autocuidado e da autonomia, com foco no nível de atenção primária à saúde.

Fomento

O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo edital MCT/CNPq nº 14/2014 – Universal – Auxílio à pesquisa (Processo nº 461168/2014-6).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. IBGE | Portal do IBGE [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 20]; Available from: <https://www.ibge.gov.br/>
2. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. 2011;
3. Taule T, Råheim M. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. *Disabil Rehabil* 2014;36(25):2107–19.
4. Ferreira MGR, Moro CHC, Franco SC, Ferreira MGR, Moro CHC, Franco SC. Cognitive performance after ischaemic stroke. *Dement Amp Neuropsychol* 2015;9(2):165–75.
5. Oliveira ARS, Araujo TL, Costa AGS, Morais HCC, Silva VM, Lopes MVO, et al. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(5):1143–9.
6. Nascimento MGG, Martins PCF, Resck ZMR, Dázio EMR, Terra FS. Self-care to elderly after cerebrovascular accident: caregiver and academics experiences.

- Northeast Netw Nurs J [Internet] 2015 [cited 2018 Feb 20];16(5). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2796>
7. Queirós PJP, Vidinha TSS, Filho AJA. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Rev Enferm Referência* 2014;serIV(3):157–64.
 8. Orem DE. *Modelo de Orem. Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St, Louis, Missouri: Mosby; 2001.
 9. Mendonça SCB, Zanetti ML, Sawada NO, Barreto IDC, Andrade JS, Otero LM. Construction and validation of the Selfcare Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017;25(0):2890.
 10. Brasil. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde [Internet]. 2012; Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 11. Dutra MOM, Coura AS, França ISX, Enders BC, Rocha MA. Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. *Rev Bras Epidemiol* 2017;20(1):124–35.
 12. Lima IB de, Pernambuco L, Lima IB, Pernambuco L. Hospital morbidity from stroke and speech-language therapy coverage in the state of Paraíba, Brazil. *Audiol - Commun Res* [Internet] 2017 [cited 2018 Feb 8];22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2317-64312017000100315&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Ribeiro OMPL, Pinto CAS, Regadas SCRS. People dependent in self-care: implications for Nursing. *Rev Enferm Referência* 2014;serIV(1):25–36.
 14. Lotufo PA, Bensenor IJM. Race and stroke mortality in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(6):1201–4.
 15. Silva JK, Vila VSC, Ribeiro MFM, Vandenberghe L. Survivors' perspective of life after stroke. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet] 2016 [cited 2018 Feb 9];18(0). Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34620>
 16. Coole C, Radford K, Grant M, Terry J. Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *J Occup Rehabil* 2013;23(3):406–18.
 17. Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV. Meanings to family members living with an elderly affected by stroke sequelae. *Interface - Comun Saúde Educ* 2017;21(62):641–50.
 18. Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents - from hospital to the home. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21(spe):216–24.
 19. Gallacher K, Morrison D, Jani B, Macdonald S, May CR, Montori VM, et al. Uncovering Treatment Burden as a Key Concept for Stroke Care: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLOS Med* 2013;10(6):e1001473.

20. Chen L, Xiao LD, De Bellis A. First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *J Adv Nurs* 2016;72(1):73–84.
21. Urimubenshi G. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *Afr Health Sci* 2015;15(3):917–24.
22. Velandia AA, Álvarez R, Nelly L. Scale reliability “Self-care Agency Appreciation” (SAA), second version in Spanish, adapted for the Colombian population. *Av En Enferm* 2009;27(1):38–47.
23. Leandro TA, Araujo TL, Cavalcante TF, Lopes MVO, Oliveira TMF, Lopes ACM, et al. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(6):923–30.
24. Sit JW, Chair SY, Choi KC, Chan CW, Lee DT, Chan AW, et al. Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial [Internet]. *Clin. Interv. Aging* 2016 [cited 2018 Feb 9]; Available from: <https://www.dovepress.com/do-empowered-stroke-patients-perform-better-at-self-management-and-fun-peer-reviewed-article-CIA>
25. Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino PS, Araujo TL, Morais HCC, Gonzaga NC, et al. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(1):136–43.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os IPAVE residentes no município de Campina Grande são, em sua maioria, do sexo feminino, com média de idade de 73 anos, de cor não branca, com credo religioso, escolaridade de até o ensino fundamental II, casados ou em união estável, renda *per capita* \leq 1 salário mínimo e apresentam tempo do último AVE \leq 5 anos.

A maioria dos indivíduos estudados apresentou regular capacidade de autocuidado, com menor competência para realizar as seguintes atividades, segundo a ASA: manter a casa em que mora limpa, pedir informações sobre remédios, tomar atitudes para proteção e cuidar de si como deveria. E as atividades que eles relataram possuir maior capacidade para desenvolver são: ter tempo para si, obter ajuda se não puder cuidar-se, obter ajuda se não puder se mover e ter tempo para cuidar de si.

Verificou-se que os fatores sociodemográficos podem interferir na capacidade de autocuidado IPAVE, especialmente os relacionados à escolaridade, estado civil e idade. Estes fatos oferecem material teórico baseado na literatura científica para secundar estudos com tema semelhante e para orientar profissionais de saúde sobre os cuidados que devem ser promovidos a estes idosos com necessidades particulares, desde o planejamento até a execução do cuidado, incluindo a avaliação por meio de visitas domiciliares.

Como limitação do estudo pode-se indicar a lacuna existente na literatura, no tocante às pesquisas sobre IPAVE e insuficiência de pesquisas similares, no que se refere à abordagem e aos instrumentos utilizados, o que inviabilizou a comparação mais precisa dos dados.

Desse modo, acredita-se que este estudo contribuiu para a reflexão do impacto dos fatores sociodemográficos na capacidade de autocuidado dos IPAVE, por meio de uma teoria de enfermagem, a Teoria do Autocuidado de Orem, e pode auxiliar na adequação de políticas públicas e no planejamento das ações de enfermagem apropriadas para as necessidades específicas dessa população. As ações de enfermagem devem considerar as limitações físicas e sociais de cada indivíduo, com o objetivo de promover a autonomia dos sujeitos envolvidos na assistência e incluir a educação em saúde na implementação de suas intervenções.

REFERÊNCIAS

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, United Kingdom, v. 1, p. 1861-1868, 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(10\)61853-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(10)61853-3.pdf)>. Acessado em: 10 de Janeiro de 2017.

ARIAS, A. V.; ALVAREZ, L. N. R. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda version em español, adaptada para población colombiana. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 1, p. 38-47, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a05.pdf>>. Acessado em: 24 de Outubro de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acessado em: 24 de Outubro de 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acessado em: 22 de Novembro de 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 / Unidades da Federação 2000-2030**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>>. Acessado em: 22 de Novembro de 2016.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acessado em: 22 de Novembro de 2016.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acessado em: 22 de Novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 664, de 12 de Abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e

aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>.

Acessado em: 11 de Março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acessado em: 08 de Março de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronic_a_cab35.pdf>. Acessado em: 03 de Janeiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, 2013.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>.

Acessado em: 11 de Março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

Acessado em: 23 de Novembro de 2016.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acessado em:

22 de Novembro de 2016.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco.

Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 371-82, 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>>. Acessado em: 24 de Abril de 2018.

CHEN, L.; XIAO, L. D.; BELLIS, A. de. First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. **Journal of advanced nursing**,

Australia, v. 72, n. 1, p. 73-84, 2016. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12819>>. Acessado em: 20 de Outubro de 2017.

COOLE, C. et al. Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 23, n. 3, p. 406-18, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-012-9401-1>. Acessado em: 20 de Novembro de 2017.

DUTRA, M. O. M. et al. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. bras. epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100124&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 07 de Novembro de 2017.

FERREIRA, M. G. R.; MORO, C. H. C.; FRANCO, S. C. Cognitive performance after ischaemic stroke. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 165-175, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642015000200165&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 15 de Outubro de 2017.

FIELD, A. **Descobrimo a Estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALLACHER, K. et al. Uncovering treatment burden as a keyconcept for stroke care: a systematic review of qualitative research. **PLOS Medicine**, Canadá, v. 10, n. 6, e. 1001473, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001473>>. Acessado em: 20 de Outubro de 2017.

GALVÃO, M. T. dos R. L. S.; JANEIRO, J. M. da S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-230, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acessado em: 11 de Março de 2017.

LEANDRO, T. A. et al. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 923-930, 2015. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 14 de Novembro de 2017.

LESSMANN, J. C. et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 198-202, 2011. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100030>>. Acessado em: 31 de Janeiro de 2017.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 785-92, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0785.pdf>>. Acessado em: 04 de Janeiro de 2017.

LIMA, I. B. de; PERNAMBUCO, L. Hospital morbidity from stroke and speech-language therapy coverage in the state of Paraíba, Brazil. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 22, e.1822, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312017000100315&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 de Novembro de 2017.

LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. J. M. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1201-1204, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601201&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 de Novembro de 2017.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 609-622, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400003>>. Acessado em: 20 de Novembro de 2016.

MANIVA, S. J. C. de F. et al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 47, n. 2, p. 362-368, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200013>>. Acessado em: 31 de Janeiro de 2017.

MARKONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1 ed. Brasília: OPAS; 2012.

MENDONÇA, S. C. B. de et al. Construção e validação do Instrumento Avaliação do Autocuidado para pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e. 2890, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100342&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 09 de Novembro de 2017.

MORAIS, H. C. C. M. et al. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0136.pdf>. Acessado em: 05 de Fevereiro de 2017.

MOREIRA, R. P. **Pacientes com acidente vascular cerebral**: validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade. 2011. 212f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7007/1/2011_tese_rpcmoreira.pdf>. Acessado em: 04 de Janeiro de 2017.

MOREIRA, R. P. et al. Validação clínica do resultado de enfermagem mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 4, p. 15, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.54688>>. Acessado em: 04 de Janeiro de 2017.

NASCIMENTO, M. G. G. et al. Autocuidado a idosos pós-acidente vascular encefálico: vivências do cuidador e de acadêmicos. **Revista Rene**, Alfenas, v. 16, n. 5, p. 682, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500009>. Acessado em: 07 de Novembro de 2017.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1143-1149, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501143.

OREM, D. E. **Modelo de Orem**. Nursing. Concepts of Practice. 6. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2001.

PEREIRA, A. B. C. N. G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/07.pdf>>. Acessado em: 24 de Outubro de 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: Teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

QUEIROS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. dos S.; FILHO, A. J. de A. Autocuidado: La contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería. *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. 4, n. 3, p. 157-164, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 09 de Novembro de 2017.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300020>>. Acessado em: 17 de Novembro de 2016.

REIS, R. D. et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 641-650, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300641&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08 de Novembro 2017.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16, p. 35-44, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16433/9522>>. Acessado em: 07 de Fevereiro de 2017.

RIBEIRO, O. M. P. L.; PINTO, C. A. S.; REGADAS; S. C. R. de S. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 1, p. 25, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000100004>. Acessado em: 10 de Novembro de 2017.

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**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 216-224, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700027&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 08 de novembro de 2017.

SÁ, B. P. de; GRAVE, M. T. Q.; PÉRICO, E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 381-387, 2014. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/967original.pdf>>. Acessado em: 07 de Fevereiro de 2017.

SANTOS, E. B. dos et al. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500797&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 08 de Novembro de 2017.

SILVA, I. de J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>>. Acessado em: 17 de novembro de 2016.

SILVA, J. K. et al. A vida após o acidente vascular cerebral na perspectiva dos sobreviventes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, e. 1148, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34620>>. Acessado em 10 de Novembro de 2017.

SILVA, J. V. da; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 4, p. 30-36, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/ingri/Downloads/686-1-6387-1-10-20171221.pdf>>. Acessado em: 22 de fevereiro de 2018.

SILVA, L. L. M.; MOURA, C. E. M. de; GODOY, J. R. P. de. Fatores de risco para o acidente vascular encefálico. **Universitas Ciências da Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 145-160, 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/ingri/Downloads/551-1914-1-PB.pdf>>. Acessado em: 24 de Abril de 2018.

SIT, J. W. H. et al. Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. **Clinical interventions in aging**, v. 11, p. 1441, 2016. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/do-empowered-stroke-patients-perform-better-at-self-management-and-fun-peer-reviewed-article-CIA>>. Acessado em: 08 de Novembro de 2017.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner&Suddarth**: tratado de enfermagem medicocirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102>. Acessado em: 14 de setembro de 2016.

SOUZA, W. C.; RANGEL, M. C. M.; SILVA, E. B. Mirror visual feedback na recuperação motora e funcional da mão após acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 254-9, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2002/relato%20de%20caso%2020%2002/685%20rc.pdf>>. Acessado em: 10 de Janeiro de 2017.

TAULE, T.; RAHEIM, M. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6-8 months after mild stroke. **Disability and Rehabilitation**, Bergen, v. 36, n. 25, p. 2107-19, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670126>>. Acessado em: 08 de Novembro de 2017.

TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5. ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

URIMUBENSHI, G. Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. **African Health Sciences**, v. 15, n. 3, p. 917-24, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v15i3.28>>. Acesado em: 08 de Novembro de 2017.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este termo de responsabilidade, eu ALEXSANDRO SILVA COURA, enfermeiro, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: “VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: enfocando o autocuidado na atenção primária”, abaixo assinado, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – MS, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outrossim, minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das informações correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/UEPB (Conselho de Ética em Pesquisa/Universidade Estadual da Paraíba), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa), envolvidos no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/UEPB, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, de ___ de _____ 2016.

Alexsandro Silva Coura (Pesquisador)

Telefone para contato: (83) 3315-3316

E-mail: alex@uepb.edu.br

APÊNDICE B

TERMO DE ESCLARECIMENTO (PESSOA IDOSA COM PLEGIA)

Eu, ALEXSANDRO SILVA COURA, enfermeiro, pesquisador, venho por meio deste, convidar o (a) senhor (a) participar de um estudo no qual irei desenvolver um protocolo para assistência de enfermagem aos idosos com plegias por acidente vascular encefálico. Após a sua autorização irei aplicar dois formulários sobre dados sociodemográficos e autocuidado com o (a) senhor (a). Dessa forma será muito importante sua participação.

Caso aceite fica claro que seu nome não será revelado publicamente, sendo de uso apenas do estudo. O (a) senhor (a) poderá deixar de participar no momento que desejar, sem prejudicar o tratamento, e ainda poderá ter acesso às informações relacionadas ao estudo. Não haverá risco para o (a) senhor (a) e sua participação não será remunerada.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, declaro que após esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desse estudo intitulado: “VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: enfocando o autocuidado na atenção primária”.

Campina Grande, ____ de _____ de 2016.

Em caso de dúvidas e demais esclarecimentos:

Alexsandro Silva Coura (Pesquisador)

Telefone para contato: (83) 3315-3316 - E-mail: alex@uepb.edu.br

APÊNDICE C**FORMULÁRIO I**

PROJETO: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: enfocando o autocuidado na atenção primária

Entrevistador: _____ Pseudônimo do Entrevistado: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Distrito Sanitário: _____ Telefone: _____

Data da Entrevista: __/__/____

1. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

2. Idade: ____ anos

3. Religião

1. () Sem credo religioso 2. () Católico 3. () Evangélico 4. () Kardecista

5. () Umbandista 6. () Outras. Qual? _____

4. Raça:

1. () Branca 2. () Preta 3. () Parda 4. () Amarela 5. () Indígena

5. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu? _____

6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) mora nesta cidade? _____

7. Escolaridade:

1. () Sem escolaridade

2. () Alfabetizado

3. () Ensino Fundamental 1 incompleto

4. () Ensino Fundamental 1 completo
5. () Ensino Fundamental 2 incompleto
6. () Ensino Fundamental 2 completo
7. () Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) incompleto
8. () Ensino Médio (científico, técnico ou equivalente) completo
9. () Ensino Superior incompleto
10. () Ensino Superior completo
11. () Pós-Graduação incompleta
12. () Pós-Graduação completa

8. Estado civil:

1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Viúvo 4. () Divorciado 5. () União Estável

9. O(a) Sr.(a) tem filhos?

1. () Sim (em caso positivo, quantos?) _____ 2. () Não

10. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? _____ pessoas**11. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são:**

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. () Esposo(a)/companheiro(a) | 6. () Pais |
| 2. () Filhos | 7. () Filhas |
| 3. () Irmãos/irmãs | 8. () Netos(as) |
| 4. () Outros parentes | 9. () Amigos |
| 5. () Empregado(a) | 10. () Outros. Quem? _____ |

12. Tempo do AVE: _____

13. Renda Familiar Total: _____

14. Renda per capita: _____

Crítica: _____

ANEXOS

ANEXO A

FORMULÁRIO II

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO
(ASA)**

Item	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
À medida que as circunstâncias mudam, faço ajustes para manter a minha saúde.	1	2	3	4
Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas.	1	2	3	4
Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda.	1	2	3	4
Eu posso fazer o que é necessário para manter o ambiente limpo onde eu moro.	1	2	3	4
Faço em primeiro lugar o que for preciso para me manter saudável.	1	2	3	4
Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria.	1	2	3	4
Eu posso buscar melhores formas de cuidar da minha saúde do que as que tenho agora.	1	2	3	4
Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo.	1	2	3	4

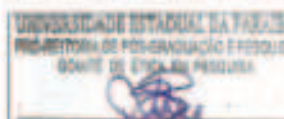
Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares.	1	2	3	4
Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser.	1	2	3	4
Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades.	1	2	3	4
Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos.	1	2	3	4
Posso dormir o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4
Quando recebo informações sobre minha saúde, solicito esclarecimentos sobre o que eu não consigo compreender.	1	2	3	4
Inspeciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração.	1	2	3	4
Posso mudar hábitos a fim de melhorar minha saúde.	1	2	3	4
Quando preciso tomar uma nova medicação, solicito informações sobre os efeitos secundários desse medicamento.	1	2	3	4
Sou capaz de tomar atitudes a fim de proteger a mim e a minha família.	1	2	3	4
Sou capaz de avaliar o que é bom para minha saúde.	1	2	3	4
Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter	1	2	3	4

tempo para cuidar de mim.				
Se minha saúde está afetada, posso obter informações necessárias sobre o que fazer.	1	2	3	4
Se eu não posso cuidar de mim, eu posso buscar ajuda.	1	2	3	4
Tenho tempo para mim.	1	2	3	4
Apesar das minhas limitações para me locomover, posso cuidar de mim como eu gosto.	1	2	3	4

ANEXO B

**PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER DO RELATOR: 04**

Número do parecer: 1.626.408 CAAE: 56386616.0.0000.5187

Pesquisador Responsável: *Alexsandro Silva Coura*

Submetido: 25/05/2016

Data da relatoria de aprovação: 06/07/2016

Apresentação do Projeto: O Projeto é intitulado "VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS COM PLEGIAS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: enfocando o autocuidado na atenção primária", encaminhado para apreciação no CEP-UEPB na décima reunião ordinária do semestre 2016.1, com previsão de publicação de parecer em sua primeira reunião do semestre 2016.2 a realizar-se-á em julho de 2016 após o recesso acadêmico.

Objetivo da Pesquisa: A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar a validade de um protocolo para assistência de enfermagem aos idosos com plegias por acidente vascular encefálico na atenção primária, baseado nas necessidades de autocuidado desses sujeitos, segundo o modelo conceitual da Teoria do Déficit de Autocuidado, mediante a técnica Delphi.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Conforme a RESOLUÇÃO 466/12, do CNS/MS, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos com graus variados. Segundo o pesquisador responsável, no protocolo enviado para a Plataforma Brasil, Riscos e Benefícios: "Alguns constrangimentos que possam surgir durante a aplicação dos instrumentos, que serão minimizados através das seguintes providências: profissionalismo por parte da equipe da pesquisa que será treinada para tal."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Será realizada uma pesquisa de corte transversal, com abordagem quantitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos encontram-se devidamente anexados.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do parecer: Aprovado.