



PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR DE PACIENTES NEUROCIRÚRGICOS E SEUS FAMILIARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PREPARATION FOR THE HOSPITAL DISCHARGE OF NEUROSURGICAL PATIENTS AND THEIR RELATIVES: EXPERIENCE REPORT

PREPARACIÓN PARA EL ALTA HOSPITALARIO DE PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS Y SUS FAMILIARES: RELATO DE EXPERIENCIA

Ellen Thais Graiff de Sousa¹, Danielle Bezerra Maia², Wilson Zacarias Aires Neto³, Maria Clevanilce Rodrigues da Costa⁴, Rosângela Martins Gama⁵, Lúcia de Fátima Rodrigues Gomes⁶

RESUMO

Objetivo: relatar as etapas da preparação para a alta hospitalar de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares. **Método:** relato de experiência vivenciado por residentes da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde do Amazonas no período de setembro de 2010 a março de 2012. **Resultados:** a preparação para a alta era realizada nas seguintes etapas: identificação do paciente, levantamento da história clínica, verificação do nível de conhecimento, reuniões para discussão do caso e elaboração do cronograma e plano de ação, reunião com os familiares, visita domiciliar, treinamento no leito, escuta psicológica e orientações sociais, entrega de material didático e, por fim, avaliação do estado de saúde pós-alta hospitalar. **Conclusão:** o relato de experiências com este enfoque auxilia profissionais da área a nortear suas ações, principalmente quando as etapas de preparação para a alta são descritas e detalhadas. **Descritores:** Alta do Paciente; Assistência Integral à Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to report the stages of the preparation for the hospital discharge of neurosurgical patients and their relatives. **Method:** this is an experience report faced by residents of the first class of Health Multidisciplinary Residency from the Amazonas in the period from September 2010 to March 2012. **Results:** preparing for discharge was conducted in the following steps: patient identification, investigation of clinical history, analysis of level of knowledge, gatherings to discuss the case and preparing the schedule and plan of action, meeting with the relatives, home visit, training on hospital bed, psychological listening and social orientations, distribution of didactic material and, lastly, assessment of the health status after hospital discharge. **Conclusion:** The report of experiences with this approach assists health care professionals to guide their actions, especially when the stages of preparation for the hospital discharge are described and detailed. **Descriptors:** Patient's Discharge; Comprehensive Health Care; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: relatar las etapas de la preparación para el alta hospitalario de pacientes neuroquirúrgicos y sus familiares. **Método:** relato de experiencia vivido por residentes del primer grupo de Residencia Multiprofesional en Salud del Amazonas en el período de setiembre de 2010 a marzo de 2012. **Resultados:** la preparación para el alta era realizada en las siguientes etapas: identificación del paciente; levantamiento del histórico clínico; verificación del nivel de conocimiento; reuniones para discusión del caso y elaboración del cronograma y plan de acción; reunión con los familiares; visita domiciliar; entrenamiento en la cama, escucha psicológica y orientaciones sociales; entrega de material didáctico; evaluación del estado de salud post alta hospitalario. **Conclusión:** el relato de experiencias con este enfoque auxilia profesionales del área a guiar sus acciones, principalmente cuando las etapas de preparación para el alta son descriptas y detalladas. **Descriptores:** Alta del Paciente; Asistencia Integral a la Salud; Educación en Salud.

¹Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba/UEPB. Campina Grande (PB), Brasil, E-mail: thaisgraiff@hotmail.com; ²Assistente Social, Mestranda em Serviço Social e Sustentabilidade da Amazônia, Universidade Federal do Amazonas/UFAM. Manaus (AM), Brasil, E-mail: daniellebmaia@hotmail.com; ³Fisioterapeuta, Professor, Departamento de Fisioterapia, Universidade Nilton Lins. Manaus (AM), Brasil, E-mail: wilson-zacarias@hotmail.com; ⁴Psicóloga, Residente pela UFAM, Manaus (AM), Brasil, E-mail: clevanilce@yahoo.com.br; ⁵Professora de Educação Física, Mestre em Ciências do Desporto. Manaus (AM), Brasil, E-mail: rosagamartins@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Coordenadora do Programa de Saúde Funcional da Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal do Amazonas/UFAM. Manaus (AM), Brasil, E-mail: luciafatimagomes@ufam.edu.br

INTRODUÇÃO

Nas instituições de saúde, é observado que a alta hospitalar é um processo causador ansiedade tanto para pacientes quanto para seus familiares, principalmente quando após a alta houver a necessidade de cuidados domiciliares intensivos. Nesse contexto, a equipe de saúde precisa estar atenta para a família, buscando identificar como será o enfrentamento do processo para a realização destes cuidados. Respeitar a decisão da família é importante, pois toda essa situação envolve valores/questões significativas e não só de ordem administrativa. Afinal, deverá ser uma assistência conjunta, adequada ao ambiente e as condições ou circunstâncias que estes irão apresentar.¹⁻²

Um efetivo plano de alta pode ser definido como a construção e implementação de um programa planejado de continuidade do cuidado, o qual satisfaz as necessidades do paciente depois da alta hospitalar e necessita de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para que ocorra de forma mais eficaz, podendo dessa forma atender integralmente o indivíduo, sua família e comunidade.³ Para que a alta ocorra de forma mais qualificada, é importante que seja realizado o seu planejamento e a sua sistematização.

Nesse contexto, a equipe de residentes multiprofissionais da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde do Amazonas buscou executar ações planejadas de preparação para a alta de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares e, a partir dessa atuação, sistematizaram o processo a fim de facilitar o trabalho da equipe e contribuir para a melhora das condições de saúde dos pacientes e familiares.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo relatar as etapas da preparação para a alta hospitalar de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por sete residentes que integraram a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas, na área Saúde Funcional e Neurointensivismo. A experiência ocorreu durante as atividades práticas na clínica neurocirúrgica de um hospital universitário do Estado, no período de setembro de 2010 a março de 2012. Os profissionais envolvidos nesta atividade foram: uma enfermeira, uma assistente social, uma

farmacêutica, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma nutricionista e uma professora de Educação Física.

Os residentes iniciaram em setembro de 2010 nesta clínica a sua atuação na preparação para a alta hospitalar, através do preparo de uma paciente com sequela neurológica que se submeteu a uma exérese de tumor em ângulo ponto cerebelar. Nessa ocasião, os familiares foram capacitados pela equipe para dar continuidade aos cuidados necessários à manutenção de sua saúde no ambiente domiciliar.

A partir dessa primeira vivência, a preparação para a alta foi incorporada como parte da atividade prática da residência, pois a equipe notou que, de acordo com o perfil dos pacientes, considerando o longo tempo de permanência na clínica e as sequelas decorrentes da neurocirurgia realizada, havia a necessidade de preparação com uma equipe multiprofissional com uma visão interdisciplinar. Além disso, era necessário que o planejamento e sistematização dessa atividade fossem realizados.

A preparação para a alta foi sistematizada e era realizada nas seguintes etapas: identificação do paciente, levantamento da história clínica, verificação do nível de conhecimento, reuniões para discussão do caso e elaboração do cronograma e plano de ação, reunião com os familiares, visita domiciliar, treinamento no leito, escuta psicológica e orientações sociais, entrega de material didático e, por fim, avaliação do estado de saúde pós-alta hospitalar.

Um total de 33 pacientes e seus familiares foi treinado e preparado para que fosse possível a alta hospitalar com segurança e qualidade. Em sua maioria eram idosos que possuíam renda e escolaridade baixas, com diagnósticos de tumor cerebral e aneurisma cerebral e, portanto, haviam realizado cirurgias para o tratamento dessas patologias, ficando com sequelas neurológicas em decorrência da complexidade de seus quadros clínicos.

Este estudo foi parte integrante do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob CAAE nº 0518.0.115.000-11.

◆Etapas da preparação para a alta

◆ Identificando o paciente

Esta etapa consiste no início do preparo de alta, onde os residentes identificavam os pacientes que necessitavam da preparação com a equipe interdisciplinar. O início do preparo para a alta hospitalar não deve ocorrer próximo ou apenas no momento da alta, mas ser uma iniciativa constante da

equipe multiprofissional durante o período de internação.⁴ Logo que essa atividade foi instituída na residência, a identificação do paciente ocorria próximo ao momento da alta, entretanto, a equipe percebeu a importância de que passasse a ser efetuada durante toda a internação e, sempre que possível, logo após o estabelecimento da terapêutica.

Sabe-se que o adequado seria que todos os pacientes recebessem esse atendimento, mas isso era inviável e, assim, os pacientes com sequelas neurológicas decorrentes das neurocirurgias, principalmente de tumor cerebral e aneurisma cerebral e com maior necessidade de cuidados, eram os escolhidos.

Em estudo realizado em 2004, que descreve as atividades desenvolvidas para cuidadores de pacientes neurológicos, a identificação e escolha dos pacientes ocorriam de acordo com o grau de dependência, presença de sequelas e alta prevista para no mínimo uma semana, indicação de um cuidador pela família, possibilidade de, no mínimo, três encontros com o cuidador, fato de o paciente ser morador da região metropolitana, ter cuidador com educação formal mínima para os propósitos do projeto, disponibilidade do cuidador para comparecer ao hospital, conforme cronograma preestabelecido.²

♦ Levantando a história clínica

Para que as reais necessidades dos pacientes fossem alcançadas na preparação para a alta, era necessário conhecer o paciente, sua história clínica e sua condição biopsicossocioeconômica e cultural. Para isso, foram utilizados dados colhidos através de consulta ao seu prontuário e dados fornecidos pelo próprio paciente e familiar durante as visitas ao leito. A avaliação das necessidades não deve ser feita de forma simplista, direcionada apenas para as de ordem físicas, mas considerando os aspectos psicológicos, emocionais e financeiros, assim como o ambiente familiar.⁵ Na realização desta etapa, cada profissional coletava dados específicos de sua área e, posteriormente, esses eram repassados para todos os integrantes da equipe em uma etapa posterior, o que contribuía para a efetivação da interdisciplinaridade.

♦ Verificando o nível de conhecimento de pacientes e familiares

Nesta etapa, era observado o grau de instrução, nível de conhecimento do paciente e do familiar acerca da condição de saúde, buscando identificar o que eles entendiam sobre esta condição (conhecimento sobre a patologia, o prognóstico, os cuidados a serem realizados no ambiente domiciliar e etc.). Esta etapa é importante para nortear as ações

de cada profissional e no planejamento de estratégias mais eficazes e didáticas de repasses de informações por parte dos profissionais, pois a escolaridade é um fator que contribui para a não adesão à terapêutica e para o baixo grau de compreensão a respeito da doença e à continuidade do cuidado.⁶

Eram verificadas também as experiências e vivências dos familiares no convívio e cuidados prestados aos seus entes. É importante que a equipe multiprofissional da saúde vivencie a realidade relatada por aqueles que convivem diariamente com distúrbios neurológicos, considerando as tensões, os conflitos e instabilidades que permeiam o cotidiano dos familiares/cuidadores de tais indivíduos. É preciso considerar, sobretudo, que eles são capazes de (re) organizarem o seu cotidiano, adaptando-se e adequando-se às novas exigências imagináveis e inimagináveis.⁷

♦ Reuniões para discussão do caso e elaboração do cronograma e plano de ação

Após as etapas anteriores, uma reunião entre os residentes era realizada para que houvesse uma discussão sobre os casos que haviam ou seriam selecionados, sempre com a troca de informações entre os profissionais e a elaboração de um cronograma de ação para execução das etapas posteriores.

Esta etapa consistia em um espaço que permitia a discussão sobre a resolução de problemas, com vistas à compreensão da realidade vivida pelo paciente.

Em outra experiência relatada na literatura, as reuniões com a equipe eram realizadas uma vez por semana, além de encontros informais nas unidades. Nas reuniões, eram apresentados os casos em andamento, as dificuldades encontradas e as soluções pretendidas ou implementadas.²

Após a discussão do caso e elaboração do cronograma de ação, cada profissional elaborava seu plano de ação conforme o que foi discutido entre os integrantes da equipe. Esse plano de ação requer um trabalho interdisciplinar, uma interação entre os profissionais envolvidos no processo saúde-doença, para superar a fragmentação do cuidado, permitindo a discussão sobre a resolução de problemas, com vistas à compreensão da realidade vivida pelo paciente.³

♦ A reunião com os familiares

Reuniões com os familiares foram planejadas a fim de estreitar a relação dos residentes com os familiares e de repassar o que seria executado durante a preparação para a alta. Elas aconteciam no próprio

hospital durante a internação do paciente, onde se buscava reunir o maior número de familiares.

Nesta fase, eram repassadas informações sobre a patologia do paciente, o possível prognóstico, os principais cuidados a serem realizados no ambiente domiciliar, de acordo com a necessidade do paciente, e sobre como realizá-los; a importância do familiar na preparação e na realização dos cuidados no ambiente domiciliar, os grupos de apoio e recursos existentes da comunidade e orientações psicológicas. Ao final das reuniões, as quais tinham configuração de uma conversa, pois se acreditava que, dessa forma, os familiares se sentiam mais a vontade com a equipe, um espaço era aberto para que eles esclarecessem suas dúvidas.

Este é um espaço de educação que rompe com a abordagem tradicional de educação baseada no método reprodutivo produtor de limitações significativas e de modelagem de comportamentos padronizados, sem questionamento das circunstâncias em que as situações-problema acontecem. Assim, consiste em uma abordagem de educação em saúde de processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde com base na realidade e nas expectativas dos familiares, para que se possa priorizar as reais necessidades, valorizando os conhecimentos preexistentes, experiências e expectativas, reconhecendo-os como agentes capazes de contribuir para mudanças.⁸

◆ Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade que em geral não ocorre nos serviços de saúde de nível terciário, porém, os residentes perceberam a necessidade da realizá-la para que a continuidade e a integralidade do cuidado fossem alcançadas. Ela permite conhecer a realidade, trocar informações com os familiares e, assim, subsidiar a construção de um projeto de intervenção mais próximo da família. Funciona como fator de aproximação das equipes de saúde com as famílias. É uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e tempo emocional profícuo para um atendimento mais humanizado, indo além das orientações, com intuito de promoção da saúde e qualidade vida.⁹

Por intermédio da visita, eram verificadas as condições do ambiente da casa para onde o paciente seria levado após a alta, principalmente com relação à acessibilidade, além de verificar condições de vida do paciente, sua família e comunidade. Sabe-se o quão difícil e muitas vezes impossível é realizar as modificações arquitetônicas

necessárias para a ida do paciente, porém algumas orientações e sugestões de modificações foram repassadas conforme a real condição financeira encontrada.

A visita também permitia a referência do paciente para redes de apoio, programas de assistência domiciliar e programas de saúde ambulatoriais existentes na rede de atenção à saúde e contrarreferência para a atenção básica de saúde. É importante que os profissionais de saúde, além de prestar apoio ao paciente e às famílias durante o processo de hospitalização, percebam a importância dos demais componentes da rede de apoio, para que juntos possam fortalecer suas ações em prol do bem-estar das famílias e indivíduos.¹⁰

Nesta etapa, buscava-se reafirmar a importância do familiar, que se tornaria um cuidador informal, no processo de reabilitação do paciente. Ao orientar o indivíduo a cuidar do outro, não se pode negligenciar o cuidar de si. Sabe-se que esse cuidado muitas vezes é caracterizado como um fardo e que pode promover diversas mazelas, como cansaço, estresse e descuido de si. Esses fatores podem implicar negativamente na reabilitação, desarmonizando, assim, a assistência prestada pelo cuidador. Diante desse fato e sabendo que os cuidadores assumirão os cuidados, é necessário que os profissionais promovam estratégias que possibilitem o envolvimento dos prestadores de cuidado, da família e do paciente no preparo para a alta hospitalar e para a assistência domiciliar, além do desenvolvimento de um cuidado holístico centrado na beneficência e na promoção da autonomia e da independência do ser.¹¹

◆ Treinando pacientes e famílias, escuta psicológica e orientações sociais

Esta fase consistia na etapa central e básica da preparação para a alta, pois era o momento em que o plano de ação de cada profissional era executado e onde os pacientes e familiares eram orientados e treinados acerca dos cuidados necessários a serem realizados no ambiente domiciliar. O fornecimento de informações foi a intervenção básica nesta etapa.¹²

As principais orientações e treinamentos repassados foram: orientações nutricionais, realização da dieta artesanal, orientações acerca dos cuidados com as medicações a serem administrados no ambiente domiciliar, cuidado com a higiene, com a pele, com a sonda nasoentérica e com a traqueostomia, treinamento de mobilizações, transferências funcionais, aspiração da traqueostomia, realização do cateterismo vesical intermitente

e manejo com a sonda nasoentérica. Durante esse período, também foram realizadas a escuta psicológica, pela psicóloga, e repassadas as orientações sociais, pela assistente social.

Esta etapa era realizada da forma mais didática possível para que as informações repassadas fossem absorvidas e utilizadas posteriormente. Eram abordadas situações fundamentalmente necessárias e de acordo com a real necessidade do paciente, além de estar de acordo com a capacidade de realização, pois no ato de ensinar deve-se ter em mente o grau de compreensão e as possibilidades para realizar o cuidado. Essa atitude se torna uma ação primordial para promover um cuidado eficaz.²

◆ Entrega de material didático

Ao final de todo o processo, cartilhas didáticas personalizadas eram confeccionadas para ser entregues. Essas cartilhas apresentavam as informações mais importantes repassadas durante a etapa anterior. Sua utilização se mostrou de fundamental importância na preparação, pois a forma como as informações são fornecidas e os recursos usados podem ajudar na apreensão dos seus conteúdos e favorecer a satisfação com o processo.¹²

A entrega da cartilha é um recurso que melhora a fixação do conteúdo transmitido e, além disso, serve para posterior consulta em caso de dúvidas no desenvolvimento do cuidado, pelo paciente e familiar, quando ambos estiverem no ambiente domiciliar. É uma ferramenta que contribui para o autocuidado e deve apresentar orientações de forma sucinta e clara, além de linguagem acessível, imagens e diagramação adequada.

◆ Avaliando o estado de saúde do paciente pós-alta hospitalar

Por fim, apresentamos esta última etapa, que consiste na verificação da efetividade do processo. Os pacientes e familiares são elementos chave para a avaliação, por meio da satisfação ou insatisfação com as atividades realizadas. A satisfação refere-se a uma avaliação baseada em reações cognitivas e afetivas em relação à estrutura, processo e resultados dos serviços de cuidado à saúde.

Dessa forma, foi verificada pelo relato de pacientes e familiares a satisfação com a preparação, porém não existem indicadores para realizar efetivamente essa avaliação. Assim, percebeu-se nesta etapa a necessidade da existência e mensuração de indicadores e da elaboração de um instrumento que pudesse ser usado para esse fim. Além disso, uma avaliação inicial necessita de ser realizada e adicionada às etapas para que a avaliação

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 8(1):207-12, jan., 2014

final seja realizada em comparação com a avaliação inicial. Também é importante realizar avaliação pelos próprios profissionais envolvidos no processo.²

CONCLUSÃO

A experiência promoveu um espaço para a atuação interdisciplinar dos residentes. Sua sistematização, através de etapas organizadas, permitiu maior interação deles com os pacientes e familiares. Esse estreitamento buscou empoderá-los, objetivando torná-los capazes de lidar com as limitações impostas pela enfermidade e estimulando a corresponsabilidade, tornando-os atores, junto com a equipe multiprofissional, do processo de decisão sobre os problemas de saúde e agravos.

A atuação na preparação para a alta não deve ser realizada de qualquer forma e necessita de planejamento e sistematização para poder auxiliar a equipe na execução do processo, organizar os passos a serem seguidos, promover uma transferência segura do paciente, evitar dificuldades para o mesmo e seus familiares e evitar as reinternações, o que resulta em diminuição dos custos para o sistema de saúde e, principalmente, na garantia da continuidade dos cuidados.

O relato de experiências na preparação para a alta auxilia profissionais da área a nortear suas ações, principalmente quando suas etapas são descritas e detalhadas. É importante que as oportunidades com este enfoque de atuação sejam multiplicadas e experimentadas por outros serviços de saúde para fazer face às demandas do paciente neurocirúrgico e sua família e a contribuir na construção de modelo assistencial pautado em princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores deste manuscrito gostariam de agradecer a todos os pacientes, seus respectivos familiares, aos colegas e amigos residentes e a preceptoria da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde do Amazonas que contribuíram para esta experiência.

REFERÊNCIAS

1. Marcelino SR, Radünz V, Erdmann AL. Cuidado Domiciliar Escolha ou Falta de Opção? Texto & contexto enferm [Internet]. 2000 Aug-Dec [cited 2013 June 12];9(3):9-21. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=205&indexSearch=ID>

2. Felix APF, Martins AP; Dyniewicz AMD. Capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar. *Cogitare enferm* [Internet]. 2008 Jan-Mar [cited 2013 June 12];13(1):124-31. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/12669>
3. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Nurses' performance on hospital discharge: patients' point of view. *Acta paul enferm* [Internet]. 2007 July-Sept [cited 2013 June 12];20(3):345-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300017&lng=en&nrm=iso.
4. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2013 June 21];13(4):886-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400027&lng=en.
5. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs* [Internet]. 2003 July-Aug [cited 2013 June 12];19(4):204-10. Available from: http://www.nursingconsult.com/nursing/journals/8755-7223/full-text/PDF/s8755722303000711.pdf?issn=8755-7223&full_text=pdf&pdfName=s8755722303000711.pdf&spid=14051615&article_id=595927.
6. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
7. Vieira CPB, Gomes EB, Fialho AVM, Rodrigues DP, Moreira TMM, Queiroz MVO. Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. *REME rev min enferm* [Internet]. 2011 Jan-Mar [cited 2013 June 21];15(1):135-40. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/18>.
8. Ilha S, Zamberlan C, Piexak DR, Backes MTS, Dias MV, Backes DS. Contributions of a group about the Alzheimer's disease for family members / caregivers, professors and students from the healthcare field. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 May [cited 2013 July 7];7(5):1279-85. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3967>.
9. Drulla AG, Alexandre AMCA, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare enferm* [Internet]. 2009 out-dez [cited 2013 June 21];14(4):667-74. Available from:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16380/10861>.

10. Simon BS, Budó MLD, Garcia RP, Gomes TF, Oliveira SG, Silva MM. Social support network to the caregiving family of an individual with a chronic disease: integrative review. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 May [cited 2013 July 07];7(5):4243-42. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4181>
11. Araújo JS, Silva SED, Conceição VM, Santana ME, Vasconcelos EV. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. *REME rev min enferm* [Internet]. 2012 jan-mar [cited 2013 June 21];16(1):98-105. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/506>.
12. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta paul enferm* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 21];21(2):351-5. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023824019>.

Submissão: 11/07/2013
 Aceito: 19/09/2013
 Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Ellen Thais Graiff de Sousa
 Rua José Matias de Almeida, 43, Centro
 CEP: 58170-000 – Barra de Santa Rosa (PB),
 Brasil