

GERENCIAMENTO DE CASO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL

CASE MANAGEMENT FOR PEOPLE WITH STROKE: QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Pollyanna Bahls de Souza¹ 

Maria de Fátima Mantovani² 

Aida Maris Peres² 

Sonia Silva Marcon³ 

Alexandra Bittencourt Madureira¹ 

Vania Gryczak Gevert¹ 

ABSTRACT

Objective: to compare the effect of intervention by nurse-case manager on risk factors and blood pressure in post-stroke people. Method: quasi-experimental study conducted over six months with 14 post-stroke patients in southern Brazil. The intervention with case management consisted of nursing consultations, individualized educational actions and referrals to other professionals, operationalized in three home visits and six telephone contacts. For data analysis, descriptive statistics and Fisher's test were used, with a significance level of $p \leq 0.05$. Results: Reduction of smoking ($p=0.0414$), alcohol intake ($p=0$), sodium consumption ($p=0.0024$), fat ($p=0.0027$), carbohydrate ($p=0.0203$) and sugar ($p=0.0111$), increased physical activity ($p=0.0382$) and non-significant reduction of blood pressure levels were observed. Conclusion: Nurse-led case management is a valid strategy to follow people recovering from stroke.

DESCRIPTORS: Case Management; Stroke; Nursing Care; Patient Care Planning; Adult Health.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Souza PB de, Mantovani M de F, Peres AM, Marcon SS, Madureira AB, Gevert VG. Gerenciamento de caso para pessoas com acidente vascular cerebral: estudo quase experimental. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [Acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 27. Disponível em: dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81759

¹Universidade Estadual do Centro Oeste, Guarapuava, PR, Brasil.

²Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

³Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição de saúde que acomete muitas pessoas na fase adulta da vida. No Brasil, o AVC tem grande impacto no âmbito econômico e social e constitui a primeira causa de morte e incapacidade¹. Estudo de âmbito nacional encontrou incidência anual de AVC de 108 casos por 100 mil habitantes, com taxa de mortalidade de 18,5% dentro dos primeiros 30 dias e de 30,9% nos primeiros 12 meses após o episódio, e índice de recorrência de 15,9%¹. Em caso de um AVC recorrente, o risco de morte varia de 23% a 41% nos primeiros 30 dias e o risco de incapacidade entre 39% a 53%².

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), juntamente com outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes mellitus, as cardiopatias e a dislipidemia, são considerados como fatores de risco para o desenvolvimento do AVC, pois podem acelerar o processo de arteriosclerose. HAS por sua vez, sofre influência do estilo de vida, sobretudo pela presença de sobrepeso e obesidade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, não adesão ao tratamento farmacológico e uso de anticoncepcional. Reconhecer e agir sobre os fatores de risco para a HAS e conseqüentemente na prevenção do AVC permite traçar melhores estratégias para atuar na prevenção e na redução da mortalidade e incapacidades³⁻⁴.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propõe três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica: A) promoção da saúde para a população em geral e para as situações mais simples de saúde; B) gestão da condição de saúde, mediante a oferta de ações de autocuidado apoiado, para as pessoas com condição de saúde estabelecida, e C) gerenciamento de caso para as condições complexas de saúde, como por exemplo o AVC⁵.

O gerenciamento de caso refere-se ao processo desenvolvido para o indivíduo com condição complexa de saúde, com vistas ao planejamento, monitoramento e avaliação de suas necessidades de saúde. Propõe o envolvimento da rede de suporte social como estratégia para conquistar a autonomia individual e familiar, além do aumento da qualidade de vida. Esse modelo de cuidado necessita que o gerente de caso apresente grande responsabilidade, criatividade frente a recursos e limitações do sistema de saúde⁵. Nessa perspectiva os enfermeiros são indicados para assumirem o papel de gerente de caso, devido ao seu conhecimento clínico, olhar holístico e característica de advogar em favor do paciente, especialmente quando se trata de pessoas em condições crônicas de saúde⁵.

Sobre a utilização do gerenciamento de caso no Brasil, pode-se exemplificar com o acompanhamento a pacientes com HAS, em que o enfermeiro exercia a função de gerente de caso e obteve como resultado a redução significativa de níveis pressóricos, no índice de massa corporal e na circunferência abdominal por um período de 12 meses⁶. Em outra situação em que o gerenciamento de caso também foi desenvolvido com indivíduos com HAS e conduzido por enfermeiro, além da redução da pressão arterial, apresentou também aumento de adesão ao tratamento e maior cuidado com doenças crônicas⁷.

Resultados promissores como os referidos apontam a necessidade de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, adquirirem habilidades para fornecer apoio aos pacientes com doenças crônicas, por meio de cuidado planejado e integrado, com vistas a prevenção de complicações e seus agravantes⁶. Dessa forma, considerando o impacto econômico, na saúde e social do AVC e que o gerenciamento de caso é indicado para condições complexas de saúde, surge a questão norteadora: o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro pode colaborar na manutenção dos níveis pressóricos dentro dos parâmetros da normalidade e no controle de outros fatores de risco para novos episódios de AVC. A pesquisa teve como objetivo comparar o efeito da intervenção por enfermeira gerente de caso nos fatores de risco e na pressão arterial de pessoas pós Acidente Vascular Cerebral.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quase experimental vinculado à pesquisa “Gerenciamento de caso conduzido por enfermeira para pessoas com acidente vascular cerebral: estudo de métodos mistos”, realizado no período de março de 2016 a dezembro de 2019 em município sul-brasileiro. A principal característica do estudo quase experimental é a avaliação de uma intervenção implementada sem randomização, podendo inclusive não existir grupo controle. Nestes casos, compara-se dados obtidos antes e depois da intervenção em um mesmo grupo⁸.

O município em estudo está localizado na região centro sul do estado do Paraná, conta com duas instituições hospitalares filantrópicas, caracterizados de grande porte, que atendem pacientes dos 19 municípios que integram uma das 22 regionais de saúde do estado. Para o suporte ao gerenciamento, a pesquisa contou com o serviço prestado pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

Os participantes foram todas as pessoas pós-AVC que atenderam os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de AVC isquêmico na admissão dos serviços hospitalares, com ou sem AVC prévio, pontuação máxima de quatro na escala de Rankin; possuir hipertensão arterial prévia; com idade entre 18 e 64 anos; residir no município da pesquisa. Foram excluídos os pacientes com intenção de mudar de domicílio durante a coleta de dados.

O recrutamento dos 14 pacientes se deu a partir de contatos diários durante nove meses, via telefone ou presencial, com enfermeiros das unidades hospitalares e/ou médicos responsáveis pelo internamento de pacientes com AVC dos dois hospitais do município. Em caso de enquadramento aos critérios de inclusão, realizava-se o convite para participar do estudo. Em posse do aceite, a visita domiciliar era agendada na primeira semana após a alta hospitalar, a qual era comunicada à pesquisadora por familiares do paciente.

Os instrumentos utilizados para o recrutamento e elaboração conjunta do plano de cuidados pela enfermeira gerente de caso e o participante, foram: Escala de predição de complicações da Hipertensão Arterial Ulbrich e Mantovani (Epchaum)⁹, Escala de Rankin de Evolução Funcional após AVC¹⁰⁻¹¹, e Escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS)^{10,12}.

A Epchaum foi utilizada na primeira visita para classificar o risco de complicações da HAS e para direcionar as ações de cuidado a serem realizadas para cada participante nos próximos seis meses, de acordo com a classificação. O número de consultas de enfermagem, por exemplo, foi definido e adaptado de acordo com a Epchaum, resultando em três visitas domiciliares para cada participante.

A Escala de Rankin avalia o grau de incapacidade e dependência em caso de AVC. A pontuação obtida varia de zero a seis, correspondendo a indivíduos sem sintomas ou incapacidades e ao óbito, respectivamente¹⁰⁻¹¹. Para este estudo foi utilizada a pontuação até quatro, que indica condições de responder as pactuações estabelecidas, mesmo apresentando alguma dependência. Foi aplicada no momento de constituição do grupo a ser estudado e em todas as visitas domiciliares.

A NIHSS foi aplicada nas três visitas domiciliares. Esta escala é composta por 11 itens, indica o tamanho da lesão e sua gravidade. A pontuação total varia de zero a 34 e quanto maior o valor, melhor o prognóstico^{11,12}.

A intervenção foi constituída por ações educativas individualizadas, operacionalizadas em consultas de enfermagem no domicílio e contatos telefônicos, de acordo com o proposto pela Epchaum. Ela foi realizada pela enfermeira gerente de caso que era mestre em enfermagem com experiência assistencial em clínica médica adulto no âmbito hospitalar

e na disciplina de saúde do adulto para a graduação em enfermagem.

As consultas de enfermagem eram bimensais, com duração média de 40 minutos, que permitia a coleta de dados referentes às necessidades dos pacientes. Na primeira consulta foram verificados os sinais vitais e medidas antropométricas, aplicada as três escalas e um instrumento semiestruturado abordando características sociodemográficas, variáveis clínicas e hábitos de vida. Essas informações serviram de subsídio para a elaboração do plano de cuidados individualizado, com pactuação de metas e realização de orientações pertinentes às dúvidas existentes.

Esse plano de cuidados consistia em: encaminhamento para outros profissionais, orientações acerca da adesão ao tratamento, necessidade de realização de atividade física, mudança de hábitos alimentares, entre outros. Era baseado nas ações propostas pela Epchaum para cada classificação de risco, sofrendo as alterações necessárias para o caso apresentado pelo participante. As metas pactuadas eram revisadas juntamente com o participante em cada consulta com o objetivo de averiguar o progresso alcançado e/ou a necessidade de mudá-las. As atividades previstas de acordo com a classificação de risco de complicações, bem como as metas pactuadas até a próxima visita eram anotadas em fichas individuais para possibilitar a avaliação e adaptação às pactuações e o estabelecimento de novos objetivos ao longo do acompanhamento.

Para o acompanhamento na segunda e terceira visitas domiciliares, os participantes tinham seus sinais vitais e medidas antropométricas aferidas, e a aplicação do instrumento semiestruturado com abordagem em hábitos de vida e variáveis clínicas, as escalas Rankin, National Institutes of Health Stroke (NIHSS) e o Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (QATHAS). Por sua vez, os contatos telefônicos eram mensais e permitiam sanar possíveis dúvidas, adequar o plano de cuidados durante o intervalo entre as visitas domiciliares se fosse necessário, reforçar orientações, além de estimular o vínculo entre enfermeira gerente de caso e participante da pesquisa e com sua família.

A enfermeira gerente de caso baseou-se na Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)¹³ para realizar as orientações alimentares aos participantes a fim de reduzir e manter os níveis pressóricos dentro dos valores da normalidade. Caso fossem percebidas necessidades referentes aos serviços de outros profissionais, a gerente de caso entrava em contato com o enfermeiro responsável pela unidade de saúde de referência para agendar consulta na própria unidade com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, além de orientações de assistente social.

Os dados tiveram dupla digitação e tabulação em planilha do software Excel® com suplemento Action. A estatística descritiva foi utilizada para os dados sociodemográficos, comorbidades e intervenções realizadas durante o acompanhamento. Análise de Variância (ANOVA) com efeitos fixos e o teste exato de Fisher foi realizado para verificar a diferença nos hábitos, aspectos nutricionais e medidas entre as três consultas.

Para avaliação das outras informações, os dados foram agrupados em três subconjuntos: A) Hábitos - composto pelas variáveis: tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e prática de atividade física; B) Nutrição - composto pelas variáveis: sódio, gordura, carboidratos e açúcar; C) Medidas - composto pelas variáveis: peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal, pressão arterial sistólica e diastólica. A diferença entre todos os testes foi determinada pelo teste de Fisher, sendo considerado significativo quando $p \leq 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO, sob parecer 3.002.936 em 2018.

RESULTADOS

Verificou-se que a maior parte dos participantes eram homens, n=8 (57,14%), com idade entre 56 a 65 anos, n=nove (64,28%), com ensino fundamental incompleto, n=8 (57,14%) e renda mensal abaixo de dois salários mínimos, n=11 (78,57%). Todos os participantes tinham HAS por ser critério de inclusão, e as comorbidades auto referidas foram diabetes mellitus, n=quatro (30,76%) e alguma condição cardiovascular, n=cinco (38,45%).

As ações desenvolvidas com maior frequência pela enfermeira gerente de caso durante o acompanhamento foram orientações sobre mudanças alimentares e adesão ao tratamento não medicamentoso, na 1ª e 3ª visitas, para 14 e 13 participantes, respectivamente. Na 2ª visita houve o encaminhamento para outros profissionais da equipe de saúde e para a assistente social. Já na 3ª visita, além das ações descritas, 13 participantes foram orientados a realizar atividade física e um deles não necessitou desta orientação por realizar diariamente caminhadas. Ao serem encaminhados aos demais profissionais, os participantes seguiam as prescrições elaboradas pelos especialistas em nutrição, fisioterapia, médico, entre outros.

Em relação às variáveis do estudo, apresentam-se abaixo aquelas que obtiveram resultado significativo entre as visitas domiciliares realizadas pela enfermeira gerente de caso, as quais foram apoiadas pelos familiares que auxiliavam no cumprimento das metas pactuadas (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição das variáveis clínicas, segundo níveis de significância entre as visitas domiciliares. Guarapuava, PR, Brasil, 2019

SUBCONJUNTO	Variáveis	Valor p entre 1ª e 2ª visitas*	Valor p entre 1ª e 3ª visitas*	Valor p entre 2ª e 3ª visitas*
Hábitos	Tabagismo	p=0,8958	p=0,0551	p=0,0414
	Ingestão de bebida alcoólica	p=0,6953	p=0,0000	p=0,0000
	Atividade física	p=0,0382	p=0,0382	p=1,0000
Nutrição	Sódio	p=0,0101	p=0,0024	p=0,5919
	Gordura	p=0,01	p=0,0027	p=0,6254
	Carboidrato	p=0,0203	p=0,0203	p=1,0000
	Açúcar	p=0,0212	p=0,0111	p=0,791

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

* Valores de p de Teste de Fisher ($p \leq 0,05$).

Valores em negrito destacam significância estatística.

As variáveis do subconjunto - medidas, não obtiveram diferenças significativas entre as visitas domiciliares, porém foi observada redução nas médias dos valores pressóricos com melhora tanto nos valores da pressão arterial sistólica (PAS) quanto da diastólica (PAD). Houve aumento do número de participantes com valores da HAS dentro dos parâmetros da normalidade ao longo das visitas realizadas (QUADRO 1).

QUADRO 1- Níveis pressóricos dos participantes durante o acompanhamento. Guarapuava, PR, Brasil, 2019

Paciente	PAS*/ PAD [‡] (mmHg ⁺) 1ª VISITA	PAS*/PAD [‡] (mmHg ⁺) 2ª VISITA	PAS*/PAD [‡] (mmHg ⁺) 3ª VISITA
1	124/ 72	118/68	100/60
2	110/64	120/78	112/68
3	142/92	160/90	152/94
4	150/92	100/60	140/70
5	108/78	128/82	120/80
6	130/90	112/78	120/90
7	102/68	104/70	118/70
8	130/90	130/70	128/68
9	146/94	136/92	130/90
10	160/80	148/80	130/80
11	132/80	120/80	130/80
12	152/80	140/80	130/90
13	190/120	150/100	138/92
14	180/100	170/100	172/110
Nº de participantes com PAS* < 140 mmHg ⁺ e PAD [‡] < 90 mmHg ⁺	7/5	9/10	11/8

*PAS – pressão arterial sistólica; †PAD – pressão arterial diastólica; ‡mmHg – milímetros de mercúrio.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes deste estudo corroboram as encontradas em um ensaio clínico randomizado realizado na região sul do Brasil para o controle da pressão arterial, os participantes eram na maior parte mulheres, porém também com baixa escolaridade condição econômica⁶. É possível observar que apesar das DCNTs atingirem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, existem grupos em que elas são mais frequentes, como os de baixa escolaridade e renda, devido muitas vezes, à maior vulnerabilidade das condições de saúde e sociais.

Em relação à presença e número de comorbidades, a maioria dos participantes relatou possuir algum distúrbio cardíaco, seguido daqueles com diabetes mellitus. Nesse mesmo sentido, estudo realizado no Reino Unido investigou a carga de comorbidades em pacientes com diagnóstico de Doenças Cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, angina, AVC), e detectou que as mais incidentes foram as condições cardiometabólica¹⁴.

Entre os participantes dessa pesquisa, tendo em visto que a HAS era um critério de inclusão, constatou-se a existência concomitante de diabetes mellitus em 30,76%. Fato parecido foi observado com 5.325 indivíduos atendidos em instituição para atendimento de pessoas com AVC entre 2010 a 2017, na Universidade de Kentucky nos Estados Unidos, em que as comorbidades de maior prevalência foram a HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, obesidade e doença arterial coronária (DAC)¹⁵. Salienta-se que, reconhecer as comorbidades associadas contribui para a redução de eventos cardiovasculares, incluindo o

AVC, uma vez que podem refletir uma autogestão da saúde fragilizada, e assim potencializar complicações com surgimento precoce⁶.

Durante o acompanhamento, as ações desenvolvidas com maior frequência pela enfermeira gerente de caso foram às relacionadas aos hábitos alimentares e adesão ao tratamento não medicamentoso. A avaliação positiva sobre a ação do enfermeiro como gerente de caso na HAS foi observada em relação às orientações quanto a mudança no estilo de vida e adesão às prescrições do tratamento⁷.

É necessário informar sobre a importância de mudar o estilo de vida, capacitar os indivíduos para lidarem com a nova situação por meio de orientações quanto ao estilo de vida saudável para favorecer a autogestão a longo prazo. Por isso, orientações acerca de dieta saudável, prática de exercícios físicos, redução no consumo de bebida alcoólica e tabagismo, devem ser realizadas¹⁶. Ações essas, similares às realizadas pela enfermeira gerente de caso desta pesquisa, com ênfase em determinados aspectos, considerando a necessidade de cada um. Além disso, a enfermeira gerente de caso também realizou o encaminhamento para outros profissionais, o que destaca a importância em identificar demandas específicas de cada paciente, além da necessidade do trabalho cooperativo com nutricionistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, além de assistente social, com vistas a um resultado mais assertivo e duradouro¹⁵.

A prática de atividade física foi mais intensamente incentivada pela gerente de caso na terceira visita, momento em que melhoras das incapacidades decorrentes do AVC já eram apresentadas por muitos participantes, conforme resultado da escala de Rankin e NIHSS relacionados a dependência e autonomia no desenvolvimento de atividades diárias. O enfermeiro deve orientar para a prática de atividades mais saudáveis durante a educação em saúde, como o estímulo a atividades físicas, de acordo com a condição de saúde do indivíduo, motivando sobre os resultados positivos¹⁷.

Em relação à mudança de hábitos, observou-se redução significativa do tabagismo entre a 2ª e 3ª visitas. Considera-se maior o risco para o desenvolvimento do AVC em fumantes quando comparado aos não fumantes. Além disso, a cada cinco cigarros por dia aumenta em 12% o risco de desenvolver o AVC, e em sentido contrário, a cessação do hábito apresenta efeito positivo na redução da doença¹⁸. Desse modo, o gerenciamento de caso proporcionou resultado positivo com a redução do tabagismo entre os participantes, e assim reduziu as chances de novas complicações.

O consumo de bebidas alcoólicas apresentou redução significativa entre a 1ª e 3ª visitas e entre a 2ª e 3ª visitas. Fato que permite evidenciar para estes participantes, a interferência positiva do gerenciamento de caso na redução consumo de bebida alcoólica. Há evidências de que consumos >30g/dia de álcool apresentam forte associação com o aumento de risco para HAS e conseqüentemente para todos os tipos de AVC¹³.

Também no subconjunto hábitos, a prática de atividade física apresentou resultado significativo entre a 1ª e 2ª visitas e entre a 1ª e 3ª visitas, indicando o começo das atividades físicas e a sua sequência durante o acompanhamento pela enfermeira gerente de caso. Esse dado demonstra a prática de atividade física foi orientada e incentivada pela gerente de caso e obteve resultado positivo junto aos participantes. A atividade física em pessoas pós-AVC, contribui para o restabelecimento da saúde, autonomia funcional, redução dos valores pressóricos e para a redução de novos episódios de AVC¹⁹.

A caminhada auxilia na proteção muscular, vascular, neural e esquelético, o que contribui com a prevenção da recorrência do AVC²⁰. Durante o acompanhamento pela gerente de caso, era recomendado atividade física moderada, respeitando sempre limitações do participante, dando preferência a atividades aeróbicas, por pelo menos 30 minutos por dia.

O segundo subconjunto referente à nutrição obteve resultado significativo com redução no consumo de sódio, gordura, carboidratos e açúcar entre a 1ª e 2ª visita e entre

a 1ª e 3ª visita. Embora os participantes não tenham realizado mudança alimentar quando diagnosticados com HAS, o fizeram com o surgimento da complicação.

A alimentação inadequada pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas. O sódio contribui para o aumento dos níveis pressóricos, responsável por cerca de 30% dos casos de hipertensão, a gordura para a formação da placa de ateroma e consequente obstrução arterial. O carboidrato e o açúcar propiciam o sobrepeso e aumento da glicemia, fatores responsáveis também por distúrbios cardiovasculares²¹. Considera-se que o gerenciamento de caso contribuiu para a mudança alimentar dos participantes, auxiliando na manutenção dos níveis pressóricos e reduzindo a possibilidade de novos episódios de AVC. As orientações e estímulos realizados pela enfermeira ajudaram na redução do uso de temperos prontos ricos em sódio, além do próprio sal de cozinha. Passaram a consumir mais carnes magras, com modos de preparo diferentes da fritura. Legumes, verduras e frutas também passaram a fazer parte do consumo diário dos participantes.

O terceiro subconjunto denominado medidas, não apresentou resultado significativo em nenhuma das variáveis, incluindo a pressão arterial. Uma revisão sistemática acerca das evidências do gerenciamento de caso conduzido por enfermeiras demonstrou que para atender adequadamente as intervenções, é necessário um período aproximado de 12 meses, uma vez que pode contribuir para o autogerenciamento dos participantes com doenças crônicas²².

Na mesma direção, o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro apresentou resultado positivo após acompanhamento de 12 meses, quando obteve redução significativa nos níveis pressóricos, circunferência da cintura, IMC e melhora da adesão ao tratamento em adultos hipertensos⁶. Embora no presente estudo não tenha sido observado diferença significativa entre as medidas obtidas nas três consultas, houve redução das médias dos valores pressóricos e o número de participantes com a pressão arterial sistólica e diastólica dentro dos parâmetros da normalidade aumentou ao longo do acompanhamento, indicando uma melhora clínica.

Em estudo randomizado experimental com gerenciamento de caso a hipertensos, observou-se que houve diferenças significativas no valor da pressão arterial, adesão à medicação e em cuidados para controle de outros fatores de risco para doenças crônicas e suas complicações em um período de 12 meses⁷. Considera-se assim que o gerenciamento de caso contribuiu para a autogestão de fatores de risco para a hipertensão, e consequentemente para o AVC, o que vai ao encontro do exposto na presente pesquisa.

Portanto, percebeu-se que o acompanhamento da enfermeira gerente de caso contribuiu positivamente no controle de alguns fatores de risco para complicações da HAS, como a ocorrência de um novo AVC. Os enfermeiros dispõem de recursos para incentivar comportamentos mais saudáveis na promoção da saúde dos indivíduos, de modo a contribuir para a autogestão da saúde e assim refletir na redução dos fatores de risco para doenças cardiovasculares¹⁷.

Possíveis limitações deste estudo foi o período de intervenção limitado a seis meses, e a coleta de dados somente em dois hospitais, que resultou em um número reduzido de participantes, influenciando na mensuração do impacto da intervenção.

CONCLUSÃO

A intervenção conduzida por enfermeira a adultos no período pós-AVC demonstrou efeito estatisticamente positivo em relação ao aumento da prática de atividade física, adoção a uma dieta mais saudável, com redução de sódio, gordura, carboidrato e açúcar e redução não significativa dos níveis pressóricos. Além disso, este estudo contribuiu para a

prática profissional, com a demonstração que a efetiva atuação do enfermeiro na promoção a saúde das pessoas mediante o acompanhamento das situações complexas de saúde pode somar para a maior visibilidade de seu papel na saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

01. Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV da. Meanings to family members living with an elderly affected by stroke sequelae. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acesso em 14 nov 2019];21(62):641-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>.
02. Bailey RR. Lifestyle modification for secondary stroke prevention. *American journal of lifestyle medicine*. 2016 [acesso em 22 fev 2019];12(2):140-147. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1559827616633683>.
03. Rodrigues M de S, Santana LF e, Galvão IM. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva/Modifiable and non-modifiable risk factors for ischemic stroke: a descriptive approach. *Rev Med (São Paulo)*. 2017 [acesso em 07 jan 2020];96(3):187-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>.
04. Rêgo A da S, Laqui V dos S, Trevisan FG, Jaques AE, Oliveira RR de, Radovanovic CAT. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. *CogitareEnferm*. 2018 [acesso em 02 jun 2020];(23)1:e54087. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54087>.
05. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas de saúde na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012 [acesso em 12 ago 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
06. Silva ATM da, Mantovani M de F, Moreira RC, Arthur JP, Souza RM de. Nursing case management for people with hypertension in primary health care: A randomized controlled trial. *Res Nurs Health*. 2020 [acesso em 19 set 2020];43(1):68-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.21994>.
07. Ozpancar N, Pakyuz SC, Topcu B. Hypertension management: what is the role of case management? *Rev Esc Enferm USP*. 2017 [acesso em 16 maio 2019];51:e03291. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017016903291>.
08. Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
09. Ulbrich EM, Mantovani M de F, Mattei AT, Mendes FRP. Scale for supported care in primary care: a methodological study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 [acesso em 22 ago 2019];38(4):e63922. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63922>.
10. Brito RG de, Lins LCRF, Almeida CDA, Ramos Neto E de S, Araújo DP de, Franco CIF. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente e vascular cerebral. *Rev Neurocienc*. 2013 [acesso em 14 out 2019];21(4):593-599. Disponível em: <http://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.850.7p>.
11. Wilson JTL, Harendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use off a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. *Stroke*. 2002 [acesso em 26 fev 2022];33(9):2243-2246. Disponível em: [doi: 10.1161/01.str.0000027437.22450.bd](doi:10.1161/01.str.0000027437.22450.bd).
12. Adams Jr HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke - A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003 [acesso em 26 fev 2022];34:1056-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000064841.47697.22>
13. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020 [acesso em 19 dez 2020]; [online]. ahead print, PP.0-0. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao->

[arterial-2020/](#).

14. Tran J, Norton R, Conrad N, Rahimian F, Canoy D, Nazarzadeh M, et al. Patterns and temporal trends of comorbidity among adult patients with incident cardiovascular disease in the UK between 2000 and 2014: A population-based cohort study. *PLOS Medicine*. 2018 [acesso em 17 dez 2020];15(3):e1002513. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002513>.
15. Kitzman PH, Sutton KM, Wolfe M, Bellamy L, Dobbs MR. The Prevalence of Multiple Comorbidities in Stroke Survivors in Rural Appalachia and the Clinical Care Implications. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2019 [acesso em 22 nov 2020];28(11):104358. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104358>.
16. Boffa RJ, Constantini M, Floyd CN, Wierzbicki AS. Hypertension in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*. 2019 [acesso em 22 nov 2020];367:l5310. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l5310>.
17. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2014 [acesso em 14 jan 2021];51(6):833-843. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010>.
18. Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. *Medicine*. 2019 [acesso em 12 nov 2019];98(12):e14872. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014872>.
19. Belfiore P, Miele A, Gallè F, Liguori G. Adapted physical activity and stroke: a systematic review. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 2018 [acesso em 12 nov 2019];58(12):1867-1875. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/s0022-4707.17.07749-0>.
20. Serra MC, Accardi CJ, Ma C, Park Y, Tran V, Jones DP, et al. Metabolomics of Aerobic Exercise in Chronic Stroke Survivors: A Pilot Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2019 [acesso em 14 jan 2020];28(12):104453. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104453>.
21. Cao J, Eshak ES, Liu K, Gero K, Liu Z, Yu C. Age-Period-Cohort Analysis of Stroke Mortality Attributable to High Sodium Intake in China and Japan: GBD Data 1990 to 2016. *Stroke*. 2019 [acesso em 07 dez 2019];50(7):1648-1654. Disponível em: <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.024617>.
22. Joo JY, Liu MF. Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review. *West J Nurs Res*. 2020 [acesso em 03 fev 2021];24:193945920943827. Disponível em: <http://doi.org/10.1177/0193945920943827>.

GERENCIAMENTO DE CASO PARA PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ESTUDO QUASE EXPERIMENTAL

RESUMO:

Objetivo: comparar o efeito da intervenção por enfermeira gerente de caso nos fatores de risco e na pressão arterial de pessoas pós Acidente Vascular Cerebral. Método: estudo quase experimental realizado durante seis meses com 14 pacientes pós Acidente Vascular Cerebral no sul do Brasil. A intervenção com gerenciamento de caso foi constituída por consultas de enfermagem, ações educativas individualizadas e encaminhamentos a outros profissionais, operacionalizadas em três visitas domiciliares e seis contatos telefônicos. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e teste de Fisher, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Resultados: observou-se redução do tabagismo ($p=0,0414$), ingestão de bebida alcoólica ($p=0$), do consumo de sódio ($p=0,0024$), gordura ($p=0,0027$), carboidrato ($p=0,0203$) e açúcar ($p=0,0111$), aumento da prática de atividade física ($p=0,0382$) e redução não significativa dos níveis pressóricos. Conclusão: O gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro é uma estratégia válida para acompanhar pessoas em recuperação de acidente vascular cerebral.

DESCRITORES: Administração de Caso; Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente; Saúde do Adulto.

GESTIÓN DE CASOS PARA PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL

RESUMEN:

Objetivo: comparar el efecto de la intervención de la enfermera gestora de casos sobre los factores de riesgo y la presión arterial en personas que han sufrido un accidente cerebrovascular. Método: estudio cuasi experimental realizado a lo largo de seis meses con 14 pacientes post ictus en el sur de Brasil. La intervención con gestión de casos consistió en consultas de enfermería, acciones educativas individualizadas y derivaciones a otros profesionales, operativas en tres visitas domiciliarias y seis contactos telefónicos. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y la prueba de Fisher, con un nivel de significación de $p \leq 0,05$. Resultados: se observó una reducción del consumo de tabaco ($p=0,0414$), de la ingesta de bebidas alcohólicas ($p=0$), del consumo de sodio ($p=0,0024$), de la gordura ($p=0,0027$), de los carbohidratos ($p=0,0203$) y del azúcar ($p=0,0111$), un aumento de la práctica de la actividad física ($p=0,0382$) y una reducción no significativa de los niveles de presión. Conclusión: El manejo de casos, conducido por el enfermero, es una estrategia válida para acompañar a las personas en la recuperación de la acidez vascular cerebral.

DESCRITORES: Manejo de Caso; Accidente Cerebrovascular; Atención de Enfermería; Planificación de Atención al Paciente; Salud del Adulto.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado "Gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro para pessoas com acidente vascular cerebral: estudo de métodos mistos", Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2019.

Recebido em: 02/07/2021

Aprovado em: 09/03/2022

Editora associada: Luciana Nogueira

Autor Correspondente:

Pollyanna Bahls de Souza

Universidade Estadual do Centro Oeste

Rua Coronel Saldanha, 1788, centro, Guarapuava, PR

E-mail: pobahls@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Souza PB de, Mantovani M de F; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Souza PB de, Mantovani M de F, Peres AM, Marcon SS, Madureira AB; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Souza PB de, Mantovani M de F; Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).