

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NAIANA OLIVEIRA DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES
EDUCATIVAS PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Porto Alegre

2017

NAIANA OLIVEIRA DOS SANTOS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES
EDUCATIVAS PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito final para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Naiana Oliveira dos

Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral / Naiana Oliveira dos Santos. -- 2017.

244 f.

Orientadora: Lisiane Manganeli Girardi Paskulin.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Acidente Cerebral Vascular. 2. Estudos de Validação. 3. Enfermagem. 4. Cuidadores. 5. Serviços de assistência domiciliar. I. Paskulin, Lisiane Manganeli Girardi, orient. II. Título.

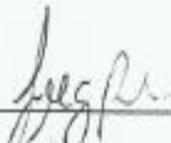
NAIANA OLIVEIRA DOS SANTOS

Construção e Validação de Protocolo de intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

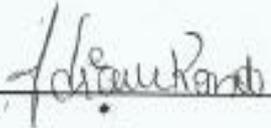
Aprovada em Porto Alegre, 17 de fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



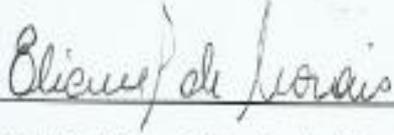
Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Presidente – PPGENF/UFRGS



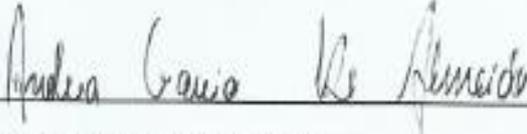
Profa. Dra. Idiane Rosset

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes

Membro – EENF/UFRGS



Dra. Andrea Garcia de Almeida

Membro – HCPA

Dedico este trabalho:

Aos meus pais João e Neiva e meus irmãos Gustavo e Silvana,

MINHA BASE DE VIDA.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** primeiramente, pelo dom da vida, pela saúde física e mental, pelas graças recebidas, por interceder junto à conclusão desse trabalho e pelas oportunidades de crescimento concedidas.

Aos meus pais, **João e Neiva**, pelas doses de ternura e cobrança ao longo do meu desenvolvimento. Se cheguei até aqui, devo à firmeza e a consistência dos valores apreendidos ao longo da nossa história. Obrigada por me mostrarem, desde cedo, que para construir caminhos é preciso arriscar e alçar “voos”.

Aos meus irmãos **Gustavo e Silvana**, próximos ou distantes, entre palavras e silêncios, agradeço pelo aprendizado mútuo do exercício da cumplicidade. Vocês certamente sabem o sentimento vivenciado nesses anos, pela escuta compreensiva, acolhedora e por serem meus “cúmplices” em muitas das divagações sobre a vida acadêmica.

À **Carla** minha irmã de coração, pela acolhida no doutorado, pelos infindáveis momentos de compartilhamento das “dores e delícias” de ser pós-graduando. Agradeço também pela possibilidade de construirmos trabalhos e projetos juntas. Obrigada Carla e **Samuel** pelo melhor presente que vocês poderiam ter me proporcionado, o amor maior que nos une, nosso príncipe **Lázaro**, meu afilhado.

À minha família de coração que me recebeu no Canadá **Erin, Mark, Quinn e Sadie**, por me oferecerem exatamente quando eu estava distante de casa, o calor de um lar. À vocês meu carinho inestimável. Em especial, meu agradecimento a Quinn e Sadie que na alegria das brincadeiras diárias, tornaram-se as minhas melhores professoras de inglês.

Ao meu namorado **Robson**, por ter entrado na minha vida na etapa final dessa trajetória me dando força e tornando os meus dias mais leves e muito mais felizes.

À minha orientadora Professora **Lisiane Paskulin**, pela presença generosa, pelo acompanhamento constante, pela aprendizagem, pelas reflexões, pelo exemplo, pelo olhar crítico, pelas discussões, pelo incentivo em publicar, por acompanhar de perto cada etapa e por me auxiliar a crescer ao longo da trajetória do doutorado. Me sinto honrada e orgulhosa por teres a senhora de orientadora. Obrigada, sobretudo, por acreditar no meu potencial, por me possibilitar e me incentivar a realizar o Doutorado Sanduíche. Uma palavra resume: “Gratidão”. Uma vez “lisianetes” para sempre “lisianetes”.

À professora **Dorothy Forbes**, pela acolhida no Canadá e pelo compartilhamento de conhecimentos ao longo do período de Doutorado Sanduíche, vivência que certamente reverberou na construção deste trabalho e terá repercussões na construção da minha trajetória profissional.

Aos **colegas do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade**, por compartilharem comigo conhecimentos e vivências. Em especial as Lisianetes (**Carla, Carol, Marinês, Diani, Fernanda, Andreivna, Ana, Duane, Mariane, Kamila**) apelido carinhosamente das orientandas das professora Lisiane, por me mostrarem cada uma a seu jeito, que a construção do conhecimento apenas é válida quando existem pessoas com as quais possamos compartilhá-lo. Muito obrigada pela escuta e pelo carinho. A amizade de vocês foi um presente que o tempo do doutorado construiu ou reforçou.

À minha bolsista **Mariane**, pelas horas de dedicação e comprometimento com o nosso trabalho. Ao findar este período de parceria, fica a certeza de que, mais do que cumprir com o papel de coorientadora na tua iniciação pela aventura do mundo científico, aprendi muito contigo.

Muito obrigada aos tantos colegas que partilharam comigo suas vidas e aprendizados. Em especial à **Tóia, Macilene, Arlete, Carla, Carol, Fernandinha, Marinês, Diani**, amigas que a pesquisa me apresentou. Com vocês espero ainda dividir muitos cafés, dúvidas e conquistas.

À todos os meus **familiares e meus amigos** de São Luiz, Santa Maria, Porto Alegre, que enchem meus dias de delicadeza e me fazem ser melhor, meu carinho e gratidão por vocês.

Às professoras **Eliane, Idiane e Andrea**, pela aceitação gentil à participação na banca de avaliação final do trabalho, dando-me a oportunidade de aprender com vocês e aperfeiçoar esse trabalho.

À **Universidade de Alberta no Canadá** por me receber no período do Doutorado Sanduíche e me proporcionar bons momentos de aprendizagem, em especial aos colegas que conheci e que hoje são meus amigos **Carla, Célia, Luís e Luciano**, vocês foram fundamentais nessa etapa.

À **Faculdade Integrada de Taquara (FACCAT)**, aos meus colegas professores e especialmente os meus **alunos**, com quem dividi espaços de formação e crítica. Sou grata a vocês por dividir comigo suas experiências e por confiarem em meu trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenação, professores e técnicos administrativos**, foram momentos ímpares tê-los ao meu lado no percurso desta vivência de doutoranda.

Aos **participantes da pesquisa**, pela generosidade em compartilhar as suas experiências, contribuindo para a construção desse trabalho.

À **CAPES**, pelo auxílio financeiro que me possibilitou ter a dedicação necessária para a realização deste trabalho, proporcionando-me a bolsa de estudos no Doutorado Sanduíche.

A realização desta tese só foi possível pela colaboração direta e indireta, de muitas pessoas nos vários momentos de sua realização.

Muito obrigada a todos!

*“Não é sobre chegar no topo do mundo e saber que venceu.
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu.
É sobre ser abrigo, e também ter morada em outros corações,
e assim ter amigos contigo em todas as situações”.*

(Ana Vilela-Trem Bala)

RESUMO

SANTOS, Naiana Oliveira dos. **Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral**. 2017, 248 f. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Doutorado Acadêmico – Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

Introdução: Cuidar de idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) dependentes constitui-se uma situação frequente para muitas famílias. A utilização de protocolos sistematizados de cuidados que auxiliem enfermeiros na orientação aos cuidadores familiares no domicílio, é uma prática ainda pouco explorada no contexto nacional. **Objetivo:** Construir e validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para cuidadores familiares de idosos após AVC. **Métodos:** Estudo metodológico conduzido em três etapas. Etapa 1: construção do protocolo de intervenção educativa direcionado ao cuidador familiar de idosos com AVC, através de revisão integrativa de literatura com 12 artigos internacionais. Etapa 2: avaliação do conteúdo do protocolo por pré-teste com oito especialistas multiprofissionais em AVC. Etapa 3: validação do protocolo por especialistas nas áreas da saúde do idoso e da atenção domiciliar, por meio da Técnica Delphi em duas rodadas (com 42 participantes, e 36 participantes, respectivamente). A avaliação da concordância entre os mesmos foi realizada pela Escala Likert para cada orientação até ser atingido o nível de 75%, para os itens “concordo” e “concordo plenamente” da Escala de Likert. Para a coleta dos dados nessa etapa, foi utilizado o ambiente virtual cognito forms. Os dados foram apresentados segundo estatística descritiva e analisados a partir do referencial teórico sobre o tema. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (150442). **Resultados:** A construção do protocolo, conforme a revisão integrativa de 12 artigos internacionais foi organizada em 12 domínios: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Vias Aéreas; Medicações; Higiene; Cuidado com a Pele; Eliminações; Vestir/Despir; Posicionamento e Transferência; Prevenção de Quedas. No pré-teste, os especialistas avaliaram a clareza e o entendimento dos domínios do protocolo e sugeriram a inclusão ou modificação em algumas orientações. Ao final da primeira rodada de validação do protocolo pela Técnica Delphi foram alteradas orientações nos domínios: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Alimentação; Medicações. Além disso, foram introduzidas novas orientações nos domínios: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Cuidados com a pele; Eliminações; Medicações. No domínio Vias Aéreas, foram incluídos dois novos subitens: Limpeza do Aspirador e do Copo de Aspiração; Aspiração Nasofaríngea e Orofaríngea. No domínio Higiene, foi incluído um novo subitem: Higiene dos pés. As orientações nos domínios Utilização da Rede de Atenção à Saúde (uma orientações), Alimentação (uma orientação), e Eliminações (uma orientação), não obtiveram consenso. Na segunda rodada, as orientações do protocolo sem concordância foram reapresentadas, e todas obtiveram consenso nessa rodada. **Conclusões:** Este estudo permitiu validar um protocolo com 12 domínios de orientações educativas ao cuidador familiar de idosos após AVC no domicílio. Todas as orientações obtiveram consenso, sinalizando que os domínios do protocolo e as orientações desenvolvidas são consistentes. Dessa forma, esse protocolo poderá ser utilizado para auxiliar no cotidiano do enfermeiro que acompanha cuidadores familiares e idosos após AVC no domicílio.

Palavras-chaves: Acidente Cerebral Vascular; Estudos de Validação; Enfermagem; Cuidadores; Serviços de assistência domiciliar.

ABSTRACT

SANTOS, Naiana Oliveira dos. **Construct and validate of protocol of educational intervention at home for caregivers of older adults post stroke.** 2017, 248 f. (Thesis) PhD in Nursing – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2017.

Introduction: Caring for the dependent older adults post stroke constitutes frequent situation for many families. The use of systematized care protocols that assist nurses in the orientation of family caregivers at home is a practice that is little explored in the national context. **Objective:** To construct and validate a protocol of educational interventions of home care for family caregivers of older adults after stroke. **Methods:** Methodological study conducted in three stages. Step 1: Construction of educational intervention protocol to family caregivers of older adults with stroke through Integrative Review (IR) of literature with 12 international manuscripts. Step 2: Evaluation the content of the protocol for pre-test with 8 experts of multidisciplinary team in stroke. Step 3: Validation of the protocol by specialists in the areas of older adults health and home care, through the Delphi Technique in two rounds (with 42 participants, and 36 participants). The assessment of agreement between them was performed by the Likert Scale for each orientation until 75% level was reached, for the "agree" and "fully agree" items of the Likert Scale. For the data collection in this stage, the virtual environment cognito forms was used. The data were presented according to descriptive statistics and analyzed from the theoretical framework about the theme. Project approved by the Research Ethics Committee of HCPA (150442). **Results:** After IR the protocol was organized in 12 domains: orientations related to stroke; emotional support; how to access the health services; nutrition; airway; medications; hygiene; skin care; physiological eliminations; dress/undress; positioning and transferring; prevent falls. In the pre-test, the experts assessed the clarity and understanding of the protocol domains and suggested inclusion or modification in some orientations. At the end of the first round of protocol validation by the Delphi Technique, orientations were changed in the domains: orientations related to stroke; emotional support; nutrition; medications. Furthermore, new orientations have been introduced in the domains: orientations related to stroke; emotional support; how to access the health services; nutrition; skin care; physiological eliminations; medications. In the Airway domain, two new sub-items were included: Vacuum Cleaner and Aspiration Cup; Nasopharyngeal and Oropharyngeal Aspiration. In the domain Hygiene, a new subitem has been added: foot Hygiene. The orientations in the domains how to access the health services (one orientations), nutrition (one orientation) and physiological eliminations (one orientation), did not obtain consensus. In the second round, the protocol orientations without agreement were resubmitted, and all they obtained consensus in this round. **Conclusion:** This study allowed validating a protocol with 12 domains of educational orientations to the family caregiver of the older adults after stroke at home. All the orientations obtained consensus, signaling that the protocol domains and the orientations developed are consistent. Thus, the protocol can be used to help the daily routine of nurse that accompanying family caregivers and older adults after stroke at home.

Keywords: Stroke; Validation Studies; Nursing; Caregivers; Home Care Services.

RESUMEN

SANTOS, Naiana Oliveira dos. **Construcción y validación de protocolo de intervenciones educativas para los cuidadores de pacientes de edad avanzada después del accidente cerebrovascular.** 2017. 248 f. (Tesis) Programa de Postgrado en Enfermería, Doctorado académico - Escuela de Enfermería - Universidad Federal de Río Grande del Sur. 2017.

Introducción: El cuidado de los pacientes ancianos con accidente cerebrovascular (ACV) dependientes representa una situación común para muchas familias. El uso de protocolos sistemáticos de cuidado para ayudar a los enfermeros en la orientación a los cuidadores familiares en casa, es una práctica todavía poco explorada en el contexto nacional. **Objetivo:** Construir y validar un protocolo de intervenciones educativas de atención a domicilio para los cuidadores familiares de ancianos después del ACV. **Métodos:** Estudio metodológico llevado a cabo en tres etapas. Paso 1: Construcción del protocolo de intervención educativa dirigida a los cuidadores de personas mayores con AVC, a través de revisión integradora de literatura con 12 artículos internacionales. Paso 2: Evaluación del contenido del protocolo por prueba previa con ocho expertos multiprofesionales en AVC. Paso 3: Validación del protocolo por expertos en el campo de la salud de los ancianos y de cuidado en el hogar, por medio de la Técnica Delphi en dos rondas (con 42 participantes y 36 participantes, respectivamente). La evaluación del acuerdo entre ellos se llevó a cabo mediante la Escala Likert para cada dirección hasta que alcance el nivel de 75% para los artículos "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" de la Escala Likert. Para recoger los datos en esta etapa, se utilizó el entorno virtual cognito forms. Los datos se presentaron de acuerdo con la estadística descriptiva y se analizaron desde el marco teórico sobre el tema. El Proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de HCPA (150442). **Resultados:** La construcción del protocolo, conforme la revisión integradora de 12 artículos internacionales se organizó en 12 áreas: Orientación acerca del accidente cerebrovascular; El apoyo emocional; El uso de la Red de Atención de la Salud; Alimentación; Vías respiratorias; Medicamentos; Higiene; Cuidado de la piel; Eliminaciones; Vestir/desnudar; Posicionamiento y Transferencia; Prevención de caídas. En las pruebas previas, los expertos evaluaron la claridad y la comprensión de los campos de protocolo y sugirieron la inclusión o modificación de ciertas orientaciones. Al final de la primera ronda de validación del protocolo mediante la Técnica Delphi fueron alteradas orientaciones en las áreas: Orientación acerca del ACV; Apoyo emocional; Alimentación; Medicamentos. Además, las nuevas directrices se introdujeron en las áreas: Orientaciones acerca del AVC; El apoyo emocional; El uso de la Red de Atención de la Salud; Alimentación; Cuidados con la piel; Eliminaciones; Los medicamentos. En el campo de las Vías Respiratorias, fueron incluidos dos nuevos artículos: Limpieza de la Aspiradora y del Vaso de Aspiración; Aspiración Nasofaríngea y la Orofaringea. En el área de la Higiene, fue incluido un nuevo elemento: Higiene de los pies. Las directrices en las áreas de Utilización de la Red de Atención a la Salud (una orientaciones), Alimentación (una orientación), e Eliminaciones (una orientación), no se llegó a un consenso. En la segunda ronda, las orientaciones del protocolo sin acuerdo fueron presentados de nuevo, y todas obtuvieron consenso en esta ronda. **Conclusiones:** Este estudio permitió validar un protocolo con 12 áreas de orientaciones educativas al cuidador familiar de ancianos después del ACV en casa. Todas las directrices obtuvieron consenso, lo que indica que las áreas de protocolo y directrices desarrolladas son consistentes. Por lo tanto, este protocolo se puede utilizar para ayudar en el cotidiano del enfermero que acompaña cuidadores familiares y ancianos después del ACV en su domicilio.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular; Estudios de Validación; Enfermería; Cuidadores; Servicios de atención de salud a domicilio.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Representação gráfica da construção do Protocolo Preliminar.....	60
Figura 2 –	Domínios do Protocolo Preliminar avaliado por cada especialista no pré-teste	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios do Protocolo Preliminar com seus respectivos itens	61
Quadro 2 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 1- <i>Orientações sobre o Acidente Vascul ar Cerebral</i> , Porto Alegre/RS, 2016	64
Quadro 3 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 2- <i>Suporte Emocional</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	65
Quadro 4 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 3- <i>Utilização da Rede de Atenção à Saúde</i> , Porto Alegre/RS, 2016	67
Quadro 5 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 4- <i>Alimentação</i> , Porto Alegre/RS, 2016	69
Quadro 6 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 5- <i>Vias Aéreas</i> , Porto Alegre/RS, 2016	71
Quadro 7 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 6- <i>Medicações</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	72
Quadro 8 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 7- <i>Higiene</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	77
Quadro 9 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 8- <i>Cuidados com a pele</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	79
Quadro 10 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 9- <i>Eliminações</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	80
Quadro 11 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 11- <i>Transferência/Posicionamento</i> , Porto Alegre/RS, 2016.....	83
Quadro 12 – Sugestões de alterações que foram acrescentados na segunda rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016	116
Quadro 13 – Sugestões de inclusão de novos itens e orientações no protocolo para a segunda rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016.....	122
Quadro 14 – Orientações que não obtiveram consenso na primeira rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016.....	126
Quadro 15 – Domínios e itens que fazem parte da versão final do Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascul ar Cerebral, Brasil, 2016	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização sociodemográfica e de formação da amostra de enfermeiros participantes do painel Delphi, na primeira rodada e segunda rodada, dados de identificação, Brasil, 2016	84
Tabela 2 –	Caracterização da atuação profissional dos enfermeiros participantes do painel Delphi, na primeira rodada e segunda rodada, Brasil, 2016	85
Tabela 3 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 1 - <i>Orientações sobre o Acidente Vascular Cerebral</i> , Brasil, 2016.....	87
Tabela 4 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 2 - <i>Suporte Emocional</i> , Brasil, 2016	88
Tabela 5 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 3 - <i>Utilização da Rede de Atenção à Saúde</i> , Brasil, 2016.....	89
Tabela 6 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 4 – <i>Alimentação</i> , Brasil, 2016.....	92
Tabela 7 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 5 - <i>Vias Aéreas</i> , Brasil, 2016.....	96
Tabela 8 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 6 - <i>Medicações</i> , Brasil, 2016	99
Tabela 9 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 7 - <i>Higiene</i> , Brasil, 2016	103
Tabela 10 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 8 - <i>Cuidados com a pele</i> , Brasil, 2016	107
Tabela 11 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 9 - <i>Eliminações</i> , Brasil, 2016	108
Tabela 12 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 10 - <i>Vestir/Despir</i> , Brasil, 2016	111
Tabela 13 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 11 - <i>Transferência/Posicionamento</i> , Brasil, 2016.....	112
Tabela 14 –	Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 12 - <i>Prevenção de quedas</i> , Brasil, 2016.....	114
Tabela 15 –	Distribuição das respostas da segunda rodada do painel Delphi, Brasil, 2016.....	127

LISTA DE ABREVIATURAS

AD 1	– Atenção Domiciliar tipo 1
AD 2	– Atenção Domiciliar tipo 2
AD	– Atenção Domiciliar
AD3	– Atenção Domiciliar tipo 3
AIT	– Acidente Isquêmico Transitório
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVDs	– Atividades de Vida Diária
AVE	– Acidente Vascular Encefálico
DCNTs	– Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAB	– Equipes de Atenção Básica
EMAD	– Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliária
EMAP	– Equipe Multiprofissional de Apoio
HCPA	– Hospital de Clínicas de Porto Alegre
NASF	– Núcleos de Atenção à Saúde da Família
NEESFAC	– Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade
NIC	– Nursing Interventions Classification
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	– Política Nacional do Idoso
PNSI	– Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	– Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	– Rede de Atenção à Saúde
SAD	– Serviços de Atenção Domiciliar
SAMDU	– Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SCA	– Síndrome Coronariana Aguda
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE-AVC	– Unidade de Cuidados Especiais-Neuro
UFRGS	– Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VD	– Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Envelhecimento populacional e as políticas nacionais de atenção ao idoso e seus cuidadores	22
3.2	Acidente vascular cerebral	24
3.3	Redes e apoio social no envelhecimento	27
3.4	Atenção domiciliar	28
3.5	Cuidador familiar do idoso após AVC e a transição do cuidado	31
3.6	Investigações sobre intervenções de enfermagem com cuidadores	33
4	MÉTODOS	37
4.1	Tipo de estudo	37
4.2	Descrição das três etapas do estudo de acordo com o local de realização, participantes e coleta de dados	37
4.2.1	Primeira etapa: construção do protocolo de intervenções educativas	37
4.2.2	Segunda etapa: Pré-Teste	38
4.2.3	Terceira etapa: validação do protocolo de intervenções educativas por meio da Técnica Delphi	39
4.2.3.1	<i>Aplicação da primeira rodada do painel Delphi</i>	41
4.2.3.2	<i>Aplicação da segunda rodada do painel Delphi</i>	42
4.3	Análise dos dados	42
5	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	44
6	RESULTADOS	45
6.1	Primeira etapa: construção do protocolo de intervenção educativa	45
6.1.1	Artigo de Revisão Integrativa	45
6.1.2	Protocolo Preliminar de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral	59
6.2	Segunda etapa: Pré-Teste	62
6.2.1	Caracterização dos participantes do Pré-Teste.....	62
6.2.2	Resultados obtidos no Pré-Teste	62
6.3	Terceira etapa: validação do protocolo de intervenção educativa por meio da Técnica Delphi	84
6.3.1	Caracterização dos enfermeiros participantes da Técnica Delphi	84
6.3.2	Resultados obtidos na Técnica Delphi	86
6.3.2.1	<i>Resultados da primeira rodada do painel Delphi</i>	86
6.3.2.2	<i>Resultados da segunda rodada do painel Delphi</i>	127
6.3.2.3	<i>Versão validada do Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral</i>	133
7	DISCUSSÃO	136
7.1	Primeira etapa: Construção do Protocolo Preliminar	136
7.2	Discussão da Segunda e Terceira etapa do Estudo	136
7.2.1	Discussão dos resultados para o domínio “Orientações sobre o AVC”	136
7.2.2	Discussão dos resultados para o domínio “Suporte Emocional”	138
7.2.3	Discussão dos resultados para o domínio “Utilização da Rede de Atenção à Saúde”.....	141

7.2.4	Discussão dos resultados para o domínio “Alimentação”	142
7.2.5	Discussão dos resultados para o domínio “Vias Aéreas”	144
7.2.6	Discussão dos resultados para o domínio “Medicações”	145
7.2.7	Discussão dos resultados para o domínio “Higiene”	150
7.2.8	Discussão dos resultados para o domínio “Cuidado com a Pele”	151
7.2.9	Discussão dos resultados para o domínio “Eliminações”	152
7.2.10	Discussão dos resultados para o domínio “Vestir/ Despir”	153
7.2.11	Discussão dos resultados para o domínio “Posicionamento e Transferência”	154
7.2.12	Discussão dos resultados para o domínio “Prevenção de Quedas”	155
8	CONCLUSÃO	157
	REFERÊNCIAS	160
	Apêndice A – Protocolo preliminar	179
	Apêndice B – Carta convite para participação de estudo.....	196
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197
	Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	198
	Apêndice E – Table 2. Studies included in the integrative review according to authors, year of publication, country of development, title, study design, aim, findings and evidence level.....	199
	Apêndice F – Protocolo final do pré-teste	203
	Apêndice G – Versão do protocolo validado	222
	Anexo A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa do HCPA	243

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, a alteração do perfil epidemiológico e as alterações nas necessidades de saúde da população, exigem a adoção de novas políticas públicas de saúde (MENDES et al., 2012). Estas políticas devem envolver desde a promoção da saúde para e na velhice, passando pela atenção às doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), o suporte aos cuidadores, até o trabalho em rede envolvendo todos os níveis de atenção.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015 a população de idosos correspondia a 14,33% da população geral (IBGE, 2015). No município de Porto Alegre, esse grupo etário representava 15,01% da população. Ao comparar os resultados do Censo de 2000 com os de 2010 em Porto Alegre, verifica-se que esta parcela da população aumentou 32%, o que a torna a capital brasileira com a maior proporção no número de idosos (IBGE, 2010).

Além disso, o Rio Grande do Sul é um dos estados com maior prevalência e mortalidade por DCNT, como doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório (SEHN, 2012). Dentre as DCNT, as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013b). A incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é maior na população idosa, sobretudo acima dos 55 anos, sendo uma das principais causas de morbimortalidade e sequelas incapacitantes (BRASIL, 2014).

No Brasil, no período de novembro de 2014 a novembro de 2016, 3,77% das internações de idosos foram por AVC. No mesmo período, a taxa de mortalidade de idosos em decorrência de AVC foi 17,77 por 100 mil habitantes. Em Porto Alegre 1,12% foram as internações por AVC em idosos, e 295 indivíduos acima de 60 anos foram a óbito (DATASUS, 2016). Tais dados reafirmam a necessidade de atenção ao tema, pois trata-se da doença cerebrovascular mais prevalente na população idosa, além de ser uma das principais causas de incapacidade funcional nesse grupo (RODRIGUES et al., 2013).

O AVC, também conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE), é definido pelo comprometimento neurológico, de origem vascular, com evolução rápida, durando mais de 24 horas. Pode originar-se de uma isquemia, que consiste na oclusão de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo de sangue para regiões específicas do cérebro, ou de uma hemorragia. O AVC ocorre frequente em adultos de meia idade e idosos, causando na grande maioria dos pacientes algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa (WHO, 2016).

Os pacientes sobreviventes de AVC representam aproximadamente 50% das pessoas e necessitam da supervisão de enfermagem após a alta hospitalar, em que orientações e assistência são necessárias para que se consiga adequar ao novo estilo de vida imposto pela doença (PEREIRA et al., 2013). Esses dados desafiam o sistema de saúde para reorganizar-se e atender com qualidade as demandas deste grupo.

Além disso, sabe-se que a população idosa é a maior consumidora dos serviços de saúde, apresentando as maiores taxas de internações e de permanência hospitalar quando comparados às demais faixas etárias (SILVEIRA et al., 2013). Estudo que analisou durante 12 meses os registros de pacientes com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, referência para esses atendimentos, com 775 pacientes entre 18 e 95 anos, identificou 415 pacientes com AVC com 60 anos ou mais (ANZILIERO, 2013).

Na fase em que o idoso está hospitalizado, o cuidado é realizado pela equipe de enfermagem. Entretanto, no momento do retorno para casa, a família é quem assume a responsabilidade desta tarefa (RODRIGUES et al., 2013), muitas vezes sem acompanhamento dos serviços de saúde. O idoso que sofreu AVC, após a alta hospitalar, pode voltar ao domicílio com sequelas emocionais e físicas, que afetam a independência e a autonomia, além de implicações sociais e econômicas (PEREIRA et al., 2013).

As políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio constitui-se o melhor local para este envelhecer, pois permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade (BRASIL, 2003; 2006a). Dessa forma, cuidar de idosos acometidos por uma patologia crônica ou aguda, dependentes de cuidados, constitui-se uma situação frequente para muitas famílias.

Nesta perspectiva, uma regulação assistencial eficaz é fundamental na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deve ter como objetivos garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa (MENDES, 2014). Um dos pontos dessa rede seria a modalidade de Atenção Domiciliar (AD), caracterizada por um conjunto de ações destinadas ao usuário no seu domicílio (MACHADO et al., 2013). Esta modalidade pode proporcionar avanços importantes na continuidade do cuidado após alta hospitalar ou por referência de outros serviços por meio da transição do cuidado. Essa transição é definida como um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades dentro de um mesmo local (BOWMAN; FLOOD, 2015).

Na perspectiva do trabalho em rede e visando qualificar esta transição, o Ministério da Saúde implantou, em 2011, o Programa Melhor em Casa. Este programa visa, entre outros,

propiciar a transição de cuidado do contexto hospitalar para o domicílio e prevê o estabelecimento de fluxos assistenciais, mecanismos de regulação e protocolos de atenção (BRASIL, 2013a). O município de Porto Alegre tem na sua Programação de Saúde a meta de ampliar a atenção domiciliar pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje o Programa Melhor em Casa já foi implantado por meio de SADs em parceria com o Hospital Vila Nova e o Grupo Hospitalar Conceição. É voltado para o atendimento de pessoas que foram internadas nesses hospitais, e que podem continuar seu tratamento em casa, com o acompanhamento de equipes de atenção domiciliar por um período e após, são referenciados para suas unidades de atenção básica (PORTO ALEGRE, 2014).

O presente projeto de pesquisa visa apoiar a implantação desta modalidade de atendimento, construindo e validando um protocolo de intervenções educativas de enfermagem no domicílio para cuidadores familiares de idosos após AVC. A utilização de protocolos sistematizados de cuidados que auxiliem enfermeiros na orientação à cuidadores familiares no domicílio é uma prática em países desenvolvidos (INTERRAI, 2014). No entanto, no Brasil, esta prática ainda é pouco explorada e necessita ser adequada à perspectiva da rede local e à realidade do processo saúde doença.

Revisão sistemática internacional sobre cuidados de enfermagem identificou que o AVC traz prejuízos físicos e psicológicos nos pacientes, que estão além das experiências e habilidades de cuidar da maioria dos cuidadores. Reforça que uma lacuna do conhecimento é o ensino de competências básicas ao cuidador, em relação de como apoiar nas atividades de vida diária, de modo a permitir aos cuidadores informações sobre como cuidar de um paciente após AVC no domicílio (CLARKE et al., 2013). Já os estudos nacionais versam, majoritariamente, sobre as experiências e desafios vivenciados pelo cuidador, as atividades realizadas pelo cuidador no cuidado ao idoso e as repercussões na vida dos cuidadores (GUIMARAES et al., 2012; OLIVEIRA; DÉLBOUX, 2012; MORAIS et al., 2012; GRATÃO et al., 2012).

Um estudo que buscou examinar a transição do cuidado com o idoso após AVC do hospital para casa, identificou que, embora com falta de informações, os cuidadores cuidam de seus familiares doentes, mesmo que de forma intuitiva, com base em suas crenças, utilizando o bom senso (RODRIGUES et al., 2013). Outra investigação com paciente que sofreu AVC identificou que a abordagem educativa é incipiente para as famílias e para os pacientes (RODRIGUES; OLIVEIRA; SILVA, 2015).

Em 2008, o Ministério da Saúde elaborou o Guia Prático do Cuidador, que tem como objetivo esclarecer os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, bem como ajudar o cuidador e a pessoa cuidada. As informações versam sobre alimentação, banho, locomoção,

exercícios físicos, entre outras atividades. Entretanto, este guia aborda as orientações de uma maneira como se o cuidador já tivesse recebido orientações prévias a respeito do cuidado (BRASIL, 2008). Infelizmente, sabe-se que os cuidadores familiares recebem pouca orientação por parte dos profissionais a respeito dos cuidados necessários que devem oferecer ao familiar, especialmente a idosos acometidos por AVC.

Em sua trajetória como enfermeira, a pesquisadora cuidou de idosos portadores de doenças crônicas em diferentes cenários de atenção à saúde. Esses se apresentavam com diversas alterações no estado de saúde, acumulando, muitas vezes, doenças associadas. A família, que poderia auxiliar na prevenção, tratamento e recuperação do doente, era pouco inserida nas práticas dos profissionais de saúde. Os cuidadores familiares assumiam cuidados que nunca haviam realizado, bem como, não foram preparados para tal função. Essas vivências a sensibilizaram a pensar alternativas de como incluir a família nas práticas de cuidado, no intuito de reconhecê-la como relevante para a melhora e recuperação do doente, se não essencial em grande parte dos momentos, bem como instrumentalizar os enfermeiros para estas intervenções no domicílio, auxiliando na transição do cuidado.

A educação em saúde está inserida em todos os campos de atuação da enfermagem, é uma ferramenta que promove o empoderamento e melhora a qualidade de vida das pessoas por meio da prevenção de doenças e promoção de saúde (PINHEIRO et al., 2016). Desta maneira, pode-se afirmar que a interação do enfermeiro com o paciente incapacitado e seu cuidador familiar é fundamental na superação de dificuldades no âmbito físico, social e educacional. A família precisa ser capacitada para desempenhar seu papel, recebendo informações e treinamento acerca dos cuidados antes de executá-los (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

Destaca-se a relevância do trabalho para a Enfermagem, já que essa, muitas vezes, é responsável por construir e manter o vínculo com o idoso e sua família, compartilhando conhecimentos durante a internação hospitalar e posterior acompanhamento por serviços de atenção domiciliar ou da atenção básica. Portanto, a construção e validação de um protocolo de intervenções educativas de enfermagem para cuidadores familiares de idosos após AVC é relevante para qualificar o cuidado de enfermagem prestado aos idosos e seus cuidadores no domicílio adequado ao contexto nacional, melhorar o gerenciamento da assistência em rede e a transição do cuidado e pode ainda contribuir, de modo indireto, na redução das taxas de reinternações hospitalares e da sobrecarga do cuidador.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Construir e validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para orientar cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

2.2 Objetivos específicos

- Determinar as intervenções educativas voltadas para cuidadores familiares de idosos após AVC no domicílio.
- Validar o conteúdo do protocolo de intervenção por consenso de especialistas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo tem como base aspectos relacionados ao envelhecimento populacional e às políticas nacionais de atenção ao idoso; acidente vascular cerebral; redes e apoio social no envelhecimento; atenção domiciliar; cuidador familiar do idoso com AVC e a transição do cuidado.

3.1 Envelhecimento populacional e as políticas nacionais de atenção ao idoso e seus cuidadores

O envelhecimento, na perspectiva individual, pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que, em condições normais, não costuma provocar problema, sendo denominado senescência. No entanto, quando acompanhado de doenças crônicas, deteriorização das funções e fragilidade, pode ocasionar uma condição que requer assistência, sendo essa fase conhecida como senilidade (GUIMARAES et al., 2012).

Nos países desenvolvidos, a transição demográfica teve início de maneira gradual, iniciando nos anos 1950, e seu primeiro fenômeno foi a diminuição da fecundidade, observada na Europa. O aumento na expectativa de vida ocorreu, em conjunto com a ampliação da cobertura vacinal e uso de antibiótico, das melhores condições sociais e das melhorias das condições de habitação e saneamento básico (MENDES, 2010). Já os países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, vêm passando por mudança em sua estrutura etária, principalmente desde o final de 1960, (VASCONCELOS; GOMES, 2012; CAMPOLINA et al., 2013). No Brasil, como nos demais países em desenvolvimento, considera-se idoso a pessoa com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

A maior proporção de pessoas idosas se dá na região Sul e Sudeste do país, sendo que no Rio Grande do Sul, o município de Porto Alegre, é a capital com maior proporção de idosos (IBGE, 2010). Além disso, com o envelhecimento da população e a diminuição entre a relação da população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte aos idosos e conseqüentemente sem rede de apoio para essa população, o Estado tem como desafio o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Para que as políticas voltadas à pessoa idosa sejam eficazes, seria necessário integrar a economia, o mercado de trabalho, a seguridade social e a educação. Contudo, essas políticas

voltadas aos idosos não têm sido acompanhadas de maneira satisfatória, de modo que garantam que os mesmos possam desfrutar dos bens e serviços sociais, de um serviço público de saúde preparado para atender às suas necessidades na perspectiva de ganhar mais qualidade de vida (MOREIRA et al., 2013).

Em relação às políticas públicas direcionadas ao idoso, estas vêm ganhando destaque na agenda de organizações internacionais, nos países que precisam atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES; SOARES, 2012). No Brasil, o grande avanço das políticas públicas de proteção social ao idoso ocorreu com a Constituição Federal em 1988, que introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social ganhasse conotação de direito de cidadania (BRASIL, 1988).

Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) por meio da Lei 8.842. Essa política foi criada com o objetivo de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover a autonomia, sua integração, participação e direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1994). Em dezembro de 1999, o Ministro da Saúde, considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política expressa relacionada à saúde do idoso, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999).

Com a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNI, no ano de 2002, foram propostas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, visando à organização de uma rede de serviços para a atenção a este grupo etário. Previa a habilitação e cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso e ainda, hospitais especializados, atendimento domiciliar e rede de apoio terapêutica e diagnóstica (BRASIL, 2002).

No ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que regulariza os princípios que nortearam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa (BRASIL, 2003). Este Estatuto é uma conquista para a efetivação de tais direitos, especialmente por tentar proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação da família, sociedade e Estado no respeito e amparo aos idosos (MORAES et al., 2014).

Com o intuito de garantir a atenção adequada à população idosa brasileira, a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 estabeleceu a readequação da PNSI, sendo implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tal política tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, apresentando dois eixos norteadores de atenção: o enfrentamento de fragilidades dos idosos com incapacidades;

bem como a promoção da saúde daqueles com capacidade funcional preservada (BRASIL, 2006a).

Mesmo com todo o avanço nas políticas públicas voltada ao idoso, a sociedade, os gestores e a população idosa, precisam continuamente discutir as particularidades e as necessidades de saúde dos idosos nos diversos contextos. O Estado se apresenta com responsabilidades reduzidas no que diz respeito ao apoio ao idoso, e, atribui à família ser responsável pela maior parte dos cuidados no domicílio para o idoso dependente.

No Brasil, ainda carecem políticas voltadas aos papéis atribuídos às famílias e ao apoio de uma rede de serviços a serem oferecidos ao idoso dependente e aos seus cuidadores familiares.

3.2 Acidente vascular cerebral

As mudanças sociais e econômicas, a globalização, a urbanização e o envelhecimento impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar das pessoas. Como consequência dessa mudanças, tem-se o aumento da prevalência da obesidade e o sedentarismo, fatores diretos para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (DUARTE; BARRETO, 2012). Dentre essas, o AVC é a morbidade que assume destaque, considerado o principal motivo de comprometimento neurológico grave. É um problema de saúde pública por ser uma das maiores causas de morte no mundo, cuja consequência pode ter grande impacto na vida dos pacientes, gerando enormes demandas de recursos físicos e financeiros no diagnóstico, tratamento e reabilitação (CAMPOLINA et al., 2013). Além disso, há necessidade de especial atenção ao tema, pois é a doença cerebrovascular mais prevalente na população idosa (RODRIGUES et al., 2013).

Em um estudo analítico observacional, realizado no município de Mafra-SC, verificou-se que da amostra de 56 pacientes que sofreram AVC, 76,8 % eram idosos (GROCHOVSKI; CAMPOS; LIMA, 2015). Corroborando com este dado, outra investigação realizada em uma ESF de João Pessoa-PB com a população adscrita no período de cinco anos encontrou a prevalência de 140 sujeitos com AVC, sendo que destes 73,6% eram idosos (RIBEIRO et al., 2012).

Em uma recente revisão, Garritano et al., (2012) analisaram as tendências de mortalidade devido ao AVC no Brasil de 2000 a 2009. Eles encontraram um aumento na incidência de mortes até 2006, após o qual a tendência caiu até 2009.

O AVC caracteriza-se pela diminuição total ou parcial de fluxo sanguíneo em determinada área do cérebro. Esse processo impede o fornecimento de oxigênio e nutrientes, ocasionando danos ao tecido cerebral (COSTA et al., 2015). Inicialmente, o atendimento do AVC baseia-se na presença e no aparecimento de sinais e de sintomas característicos, e o tempo do aparecimento, o qual possui relevância na prevenção de sequelas. O quadro clínico pode se caracterizar fraqueza da face, braço ou perna, especialmente em um lado do corpo, confusão repentina, dificuldade em falar ou compreender, problemas repentinos em um ou em ambos os olhos, súbita dificuldade em caminhar, tontura, perda de equilíbrio ou coordenação (WORLD STROKE CAMPAIGN, 2016). É importante identificar nas primeiras três horas após o início dos sintomas, sendo necessário realizar exames do protocolo de diagnóstico, até no máximo de 40 minutos, objetivando confirmar o diagnóstico de AVC e iniciar o protocolo de assistência padronizado. O protocolo envolve as ações de terapia trombolítica, a realização de outros exames para identificar o grau e a área de acometimento, bem como a realização da assistência de enfermagem (BRASIL, 2013b).

A American Heart Association estima que a cada ano, aproximadamente, 795000 pessoas experimentam um novo ou recorrente AVC, sendo o primeiro AVC em 77% dos casos. De todos os acidentes vasculares cerebrais, 87% são isquêmicos e 13% são hemorrágicos (MOZAFFARIAN et al., 2016). O AVC isquêmico caracteriza-se pela interrupção do fluxo sanguíneo pela obstrução arterial por trombos ou êmbolos em uma determinada área do encéfalo, podendo ainda ser temporário, conhecido como Acidente Isquêmico Transitório (AIT) (DAMATA et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2016). O tratamento envolve a remoção do trombo para que o fluxo sanguíneo seja reestabelecido na área de penumbra isquêmica. Isso pode ser feito por meio de catéteres, que removem mecanicamente o coágulo (trombólise mecânica) ou através de medicamentos (trombólise química) (BRASIL, 2012).

O AVC hemorrágico ocorre quando há a ruptura de um ou mais vasos intracranianos gerando o extravasamento de sangue para o parênquima cerebral ou espaço subaracnóideo (DAMATA et al., 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2016). Nesses casos, o tratamento envolve o manejo ideal da pressão arterial para conter a expansão do hematoma (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Os déficits neurológicos decorrentes do AVC variam de acordo com o tempo de perfusão inadequada, da existência de circulação colateral, além da localização da lesão vascular (BRUNNER; SUDDARTH; 2011). As sequelas podem envolver comprometimento motor de um lado do corpo, dificuldades na comunicação devido à disartria ou à afasia, déficit

visual e auditivo, sintomas de depressão, comprometimento da deambulação e trofismo, dor articular ou muscular e déficit de coordenação (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

Os fatores de risco associados ao AVC podem ser classificados como não-modificáveis, entre eles: idade (pessoas com mais de 55 anos); sexo (os homens têm uma taxa mais elevada de AVC do que as mulheres), raça negra e história familiar, AVCs prévios e, AIT. Já os fatores de risco modificáveis são referentes à hipertensão arterial, hiperlipidemia, obesidade, fibrilação atrial, diabetes mellitus, tabagismo, estenose carotídea assintomática, consumo excessivo de bebidas alcoólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2016).

O AVC pode provocar limitações e sequelas relevantes nos pacientes que sobreviveram ao episódio, sendo a doença considerada a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental (MOURA; CASULARI, 2015). Essas alterações podem ser passageiras ou não, de acordo com a região acometida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação (PEDREIRA; LOPES, 2010).

Quando há permanência de sequelas incapacitantes, estas alteram a vida da pessoa que sofreu AVC, tornando-os, muitas vezes, dependentes de outras pessoas para realizar as atividades de vida diária (AVDs) (SANTOS; TAVARES, 2012). Os graus de incapacidade do paciente determinam os níveis de dependência por assistência e, conseqüentemente, um desafio ao cuidador familiar (SILVA et al., 2016), uma vez que a pessoa necessitará de suporte e cuidado constantes. Um estudo que identificou as repercussões psicossociais na vida de cuidadores informais de pacientes acometidos por AVC, mostrou que deve-se dar suporte a unidade familiar, e não apenas do cuidado ao paciente acometido pelo AVC, para receber o suporte adequado visando o emocional, psicológico e financeiro, junto aos serviços de saúde, encontrando o acolhimento de suas necessidades e apoio para esse cuidado (ALVES; MONTEIRO, 2015).

O enfermeiro deve estar atento tanto à prevenção de fatores de risco do AVC, quanto às sequelas e conseqüências provocadas pela doença, envolvendo os cuidadores familiares na no planejamento do tratamento, além de promover informações aos pacientes com AVC e seus familiares sobre a doença e encorajando a família no cuidado, oferecendo suporte emocional para auxiliar com estratégias de enfrentamento nessa fase (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

Além disso, melhoria na qualidade dos serviços de atendimento primário da população como, por exemplo, o atendimento domiciliar, o atendimento ambulatorial, e os programas de prevenção de fatores de risco para o AVC, podem reduzir os custos com internações

hospitalares e aumentar as chances de um prognóstico favorável, levando a uma melhoria da expectativa e qualidade de vida da população (PEREIRA et al., 2009). Diante deste cenário, o AVC é considerado um evento inesperado e novo na vida tanto do paciente, quanto daqueles que formam sua rede social. Torna-se importante que a família, além do doente, esteja amparada nesses momentos de dúvidas e incertezas (PAIVA; VALADARES, 2013).

3.3 Redes e apoio social no envelhecimento

Diversas pesquisas abordam as redes sociais e o apoio social no cuidado à pessoa idosa, não havendo, contudo, unanimidade conceitual. Isto se deve ao fato de que diferentes áreas do conhecimento estão pesquisando sobre esta temática, o que pode explicar esta variação conceitual (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008).

O conceito de rede social pode ser empregado em diferentes tipos de situações e contextos e tem sido utilizado em estudos tanto para analisar os movimentos sociais, as redes não governamentais e até mesmo para discutir as ações políticas e os recursos sociais, financeiros, de saúde, entre outros que a sociedade disponibiliza para os seus cidadãos (LACERDA, 2010a).

No atendimento às necessidades específicas dos idosos, as redes de apoio social são compostas por uma rede de relações formais e informais. Entende-se que a rede de apoio formal contempla as políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros. A rede de apoio informal é definida pela espontaneidade e reciprocidade que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se como rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos (ROSA, 2004). Um estudo que identificou as principais necessidades manifestadas pelo cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente, apresenta que a família e amigos mais próximos são referências de importante fonte de apoio psicológico e organizacional (FERNANDES; ANGELO, 2016).

O apoio social pode sofrer influências de acordo com a etapa da vida da pessoa, assim, com relação aos tipos ou funções do apoio social, pode ser classificado em: apoio emocional, apoio instrumental ou material, apoio de informação e interação social positiva (ROSA et al., 2007). O apoio emocional envolve ações afetivas. Já o apoio instrumental refere-se à ajuda concreta às necessidades materiais e auxílio para a realização de atividades na área de

autocuidado, eliminações e transferência. O apoio de informação compreende orientações utilizadas para resolver ou lidar com os problemas (ROSA, 2004).

O apoio social inadequado, ou a falta de apoio faz com que o cuidador principal assuma muitas tarefas, ocasionando sobrecarga (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). Existem fortes evidências de que o apoio formal, incluindo descanso para o cuidador, a existência da rede de apoio, apoio financeiro e estrutural são importantes para os cuidadores, reduzindo sua sobrecarga, principalmente através do suporte das necessidades emocionais (FERNANDES; ANGELO, 2016).

No que diz respeito à saúde, essas redes exercem importante papel para romper o isolamento individual e melhorar as condições dos sujeitos, ao viabilizar participação ativa no processo do cuidado com sua saúde (GOMES et al., 2012). Dessa forma, a formação de uma rede efetiva e articulada é de extrema importância no que diz respeito, as dificuldades das famílias nas demandas de cuidados de idosos dependentes. A compreensão dessas vivências, podem estimular a equipe de saúde, por exemplo, a alcançar resolubilidade nos atendimentos domiciliares, refletindo na qualidade do cuidado prestado ao idoso, bem como na saúde de seus cuidadores (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

3.4 Atenção domiciliar

A atenção domiciliar envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, abrangendo todas as modalidades de atendimento prestadas no domicílio, incluindo o atendimento, a internação e a Visita Domiciliar (VD) (LACERDA, 2006). O cuidado no domicílio proporciona maior convívio com a família, diminui o tempo de internação hospitalar, além de reduzir as complicações decorrentes de longos períodos do paciente no hospital. Permite que a equipe de saúde conheça a realidade na qual o paciente e a família estão inseridos, considerando os aspectos que podem influenciar a recuperação do paciente, para implementar intervenções que levem em consideração as necessidades de saúde da família (BRASIL, 2013a).

A AD como extensão do hospital surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, nos Estados Unidos, teve como objetivo inicial descongestionar os hospitais. A importância da AD nos Estados Unidos cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da AIDS. A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de custo levaram à exploração da AD também em outros países ocidentais (ROUBICEK et al., 1999; MADIGAN; CURET, 2006).

No Brasil, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, criado em 1949. No início da década de 1990, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar, concentrado em empresas privadas e nos grandes centros (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Na década de 2000, no Brasil, existiram diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, o Programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS e o Programa direcionado à atenção dos idosos, com portarias específicas. A maioria das experiências brasileiras em AD, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento (CARVALHO, 2009). Entretanto, a atenção domiciliar não foi prevista nas leis orgânicas do SUS e, somente em 2011 é que esta modalidade de atenção passa a ser proposta no sistema de saúde.

A Política Nacional de Atenção Domiciliária no Sistema Único de Saúde (SUS), definida na Portaria nº 963 de 27 de Maio de 2011 do Ministério da Saúde, apresenta as três modalidades de AD, sendo elas: a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD 1); a Atenção Domiciliar tipo 2 (AD 2) e a Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) (BRASIL, 2011a). Em 2013, a Portaria 963 redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, incluído a carga horária dos profissionais de cada equipe e o critério de adesão dos municípios aos serviços de atenção domiciliar (SAD). As equipes serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, devendo relacionar-se com os demais serviços de saúde, em especial com a atenção básica. Além disso, são requisitos para que os Municípios tenham SAD população igual ou superior a vinte mil habitantes (BRASIL, 2013a).

As três classificações da AD no SUS previstas na política são: AD1 – de responsabilidade das Equipes de Atenção Básica (EAB) e dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados e compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência (visitas mensais) e menor necessidade de recursos de saúde. As modalidades AD2 e AD3, pertencem ao nível secundário de atenção e são vinculadas a Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliária (EMAD), formadas por médico, enfermeiro e fisioterapeuta/assistente social. O usuário em condição clínica mais aguda, com dificuldade de locomoção e que necessita de maior

frequência de cuidado (em torno de uma visita semanal), recursos de saúde e acompanhamento, vincula-se a modalidade AD2. Já para os usuários que, além das condições previstas para a AD2, requerem o uso contínuo de equipamentos para oxigenoterapia, suporte ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese, indica-se a AD3 (BRASIL, 2011a).

A EMAD será denominada Tipo 1 quando for implantada em municípios com população superior ou igual a 40 mil habitantes e Tipo 2 quando inferior a este número. As duas equipes diferem na carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros. Além disso, a proposta de 2013 não define meta de usuários atendidos por equipe/mês, e sim, uma média de 60 usuários para a EMAD Tipo 1, e 30 para a EMAD Tipo 2. Da mesma forma, não estabelece meta de tempo médio de permanência. Todo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve possuir, obrigatoriamente, uma EMAD, que deve atender uma população adstrita de 100 mil pessoas. Caso o município possua população menor que 100 mil, a EMAD será referência para todo o município (BRASIL, 2013a).

Acrescenta-se às EMAD, o suporte da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), formada por, no mínimo, três dos seguintes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. Todos os Municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP, sendo possível a implantação de mais uma EMAP a cada três EMAD a mais implantadas (BRASIL, 2013a).

No Brasil, para ocorrer o cuidado domiciliar, é necessário a presença do cuidador. É função da enfermeira que presta cuidados no domicílio, ensinar os familiares a cuidar, respeitando a capacidade, o grau de compreensão e a possibilidade dos cuidadores familiares desenvolverem o cuidado (LACERDA, 2010b). O cuidado no domicílio do idoso dependente é um ambiente permeado por diversos aspectos, sendo que o profissional deve desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo idoso, observando as diferentes realidades vivenciadas tanto pelo cuidador quanto pelo idoso (FLORIANO et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem estabelecer um plano de cuidado no domicílio que considere as necessidades do paciente, a disponibilidade do serviço e a continuidade do cuidado pelos cuidadores, esclarecendo as responsabilidades de cada um (VIEIRA et al., 2011). O processo de cuidar no domicílio requer dos profissionais preparo, habilidades de comunicação, intervenções que visem facilitar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados

ao cuidador familiar e a pessoa dependente, pautado em ações de promoção da saúde e bem-estar de ambos (MELO; RUA; SANTOS, 2014b).

3.5 Cuidador familiar do idoso após AVC e a transição do cuidado

Com o aumento do número de doenças crônicas no idoso, a família assume as atividades de cuidado dos seus membros. Isso ocorre porque os sistemas de saúde e de assistência não oferecem suporte às famílias, a maioria da população não dispõe de recursos financeiros para contratar serviços ou profissionais tecnicamente preparados. Para cuidar no domicílio, a presença da rede social de apoio é imprescindível para auxiliar no resgate da independência e autonomia do paciente, bem como na qualidade de vida do cuidador (MANIVA; FREITAS, 2012).

Após a alta hospitalar, os idosos que sofreram AVC, ainda requerem cuidados especiais no domicílio (RODRIGUES et al., 2013). A discussão sobre a transição do cuidado surgiu nas últimas décadas como uma resposta à crescente prevalência de condições crônicas, ao envelhecimento populacional e à atual tendência de redução do tempo de permanência hospitalar e de aumento da atenção na comunidade (HESSELINK et al., 2013).

Na maioria das vezes, o planejamento da alta não é uma realidade nas instituições, de forma que os indivíduos saem do hospital sem orientação adequada como, por exemplo, para a administração de medicamentos, para as consultas de acompanhamento e outras informações necessárias para que os cuidados pós-alta sejam bem sucedidos (HESSELINK et al., 2013; CAWTHON et al., 2012). O planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem, exige dos enfermeiros o comprometimento não só com o paciente, mas também suporte dos familiares para a alta hospitalar, como por exemplo, orientar, ensinar, treinar as técnicas e cuidados necessários que serão dispensados ao paciente em seu domicílio, a fim de evitar adoecimento, reinternações, diminuir o estresse familiar, e incluindo a identificação de recursos para a saúde disponíveis na rede (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2013).

Uma revisão integrativa que analisou o conhecimento produzido acerca do cuidado de enfermagem no adoecimento por AVC, verificou que os estudos indicam a necessidade de capacitar as famílias de pacientes de AVC para a realização dos cuidados no domicílio. Da mesma forma, alertam que o despreparo do cuidador é uma realidade geradora de insegurança, angústia e apreensão já que o conhecimento sobre a doença e seus cuidados é

adquirido através das próprias experiências do familiar como cuidador informal (MANIVA; FREITAS, 2012).

Outros resultados encontrados em estudo de revisão sistemática que buscou identificar a prática de enfermagem na reabilitação do AVC evidenciou que, embora os enfermeiros sejam o maior grupo profissional que trabalha com sobreviventes de AVC, há uma compreensão limitada da prática de enfermagem em unidades de AVC. A revisão fornece evidências de que há necessidade de reexaminar o papel dos enfermeiros em contribuir para a reabilitação do AVC, incluindo: educação e formação específica sobre o AVC e a prática da enfermagem no tratamento do AVC requer enfermeiros para equilibrar as tarefas clínicas e necessidades de reabilitação (CLARKE, 2014).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro na transição do cuidado do hospital para casa se torna fundamental, principalmente no que diz respeito à educação do paciente e seus familiares, garantindo a continuidade do cuidado no domicílio. Nesse cenário de cuidado, torna-se necessário a redefinição de papéis entre os membros da família, além da escolha de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

O cuidador é a pessoa, que pode ser membro ou não da família, que cuida da pessoa dependente (BRASIL, 2007). Tem o papel de realizar as tarefas que a pessoa com um episódio mórbido não tem mais condições de executar, e suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva (NASCIMENTO et al., 2008). Suas funções auxiliam na recuperação e na qualidade de vida do indivíduo e envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros (BRASIL, 2007).

Os cuidadores recebem diferentes denominações, de acordo com o vínculo existente. O cuidador formal é aquele que tem vínculo empregatício, para exercer as ações de cuidado. Já o cuidador informal é alguém da família ou a ele relacionado, como amigos e vizinhos que passa a assumir as ações do cuidado (GUIMARAES et al., 2012).

Faz-se distinção, também, entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo cuidado ao idoso e pela maior parte das tarefas. Os secundários, por vezes, realizam as mesmas tarefas, atuam quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são considerados coadjuvantes e não tem responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas específicas como cuidar das finanças ou fazer compras (ELIOPOULOS, 2005).

Em relação às características dos cuidadores familiares de idosos, os estudos nacionais e internacionais apresentam que a maioria dos cuidadores são mulheres, esposas ou filhas, de meia idade e idosas com dedicação de tempo integral ao cuidado, apresentam baixo índice de escolaridade e condições sociodemográficas desfavoráveis (CAMARANO; KANSO, 2010; OLIVEIRA; DÉLBOUX, 2012; BORGHI et al., 2013).

As demandas do cuidador de um idoso dependente envolve realizar diversas tarefas no dia-a-dia, que estão diretamente relacionadas às AVDs, tais como: a higienização oral e corporal do idoso (escovar os dentes e lavar o rosto, dar e/ou auxiliar no banho de aspersão e no leito, trocar fraldas, vestir, fazer a barba, cortar as unhas, passar desodorante e creme corporal, pentear os cabelos), preparo e oferecimento das refeições, levar e/ou acompanhar até o banheiro, auxiliar na locomoção, realizar mudança de decúbito, bem como, sentar, levantar e deitar o idoso. Além das atividades de cuidado direto ao idoso, o cuidador precisa sair para fazer compras e pagar contas, administrar medicação, levar ao médico, acompanhar na realização de exames e buscar medicação no posto, e outras de maior complexidade, como medir a glicemia e aferir pressão arterial. Este cenário é o ato de cuidar, que na maioria das vezes é difícil e complicado para os cuidadores, por ser uma atividade ininterrupta, realizada de forma solitária, exigindo paciência, amor, renúncia de seus desejos e dedicação especial ao idoso em seu cotidiano (FLORIANO et al., 2012).

3.6 Investigações sobre intervenções de enfermagem com cuidadores

Em revisão bibliográfica, identificaram-se alguns estudos que versam sobre as intervenções com cuidadores de pacientes com AVC. Os descritores utilizados foram: cuidadores; estudo de intervenção; acidente vascular cerebral, e seus respectivos correspondentes em inglês.

As pesquisas que envolvem alguma intervenção aos cuidadores, em geral, demonstram que essa traz benefícios tanto aos cuidadores quanto aos pacientes (ALVAREZ et al., 2011; KIM et al., 2012; KREVERS; ÖBERG, 2011).

Estudo que desenvolveu um programa de intervenção em grupo no hospital e individual em casa por telefone com cuidadores na Coréia do Sul, com fornecimento de suporte social, emocional e de informações sobre cuidado de acordo com as necessidades da família, reduziu a sobrecarga dos cuidadores no grupo experimental ($\pm 16,21$), quando comparado com os primeiros levantamentos pós-teste, avaliados pelo instrumento Family Caregiver Burden (KIM et al., 2012). Os resultados de uma investigação realizada em alguns

países da Europa, com o intuito de analisar a situação e a percepção de apoio dos cuidadores familiares, demonstram que a maioria dos cuidadores consideram que apoio e suporte dos serviços sociais e de saúde melhoram a sua qualidade de vida e das pessoas com AVC (KREVERS; ÖBERG, 2011).

Intervenção educativa prática e teórica com cuidadores realizada no Chile encontrou que a intervenção para cuidadores era fator de proteção ao diminuir a ansiedade e sobrecarga emocional do cuidador. Foram realizadas três oficinas no hospital e uma no domicílio durante o primeiro mês após a alta hospitalar, abordando dois eixos, uma relacionada à assistência ao paciente e outra ao auto-cuidado do cuidador. Os cuidadores foram submetidos a uma entrevista, durante os primeiros 15 dias de AVC de seu familiar e uma segunda entrevista dois meses após a participação na oficina de cuidadores. Os pacientes foram avaliados pelo Índice de Barthel, mede o desempenho em 10 atividades básicas da vida diária e Escala de Rankin modificada, que mede independência. Ao cuidador foi aplicado Caregiver Burden Interview; Índice de Esforço do cuidador; Escala de Ansiedade e depressão de Goldberg (ALVAREZ et al., 2011).

Em relação aos tipos de intervenções realizadas com os cuidadores algumas investigações tiveram como objetivo descrever um programa de intervenção educativa e de apoio emocional para o cuidador familiar (MORES et al., 2013; BARTFAY; BARTFAY, 2011; KUO et al., 2013).

Um desses programas de intervenção passou por validação de conteúdo, por meio de especialistas que avaliavam o conteúdo dos componentes da intervenção. Esses componentes eram relacionados ao desenvolvimento de habilidades com base na avaliação de próprias necessidades dos cuidadores, divididos em cinco áreas principais: (a) encontrar informações sobre a doença; (b) gestão de emoções e comportamentos de sobrevivência, (c) prestação de cuidados físicos; (d) prestação de cuidados de instrumental; (e) lidar com as próprias respostas pessoais para a prestação de cuidado. A intervenção proposta era de oito semanas de acompanhamento através de telefonemas, permitindo que os cuidadores desenvolvessem habilidades com base na avaliação de suas próprias necessidades nos primeiros meses após a alta do paciente com AVC. Os cuidadores recebiam uma caderneta com orientações que auxiliavam como guia na intervenção (BAKAS et al., 2009).

Outro estudo realizado no Canadá, na região central de Ontário, teve por objetivo desenvolver e avaliar um programa de apoio ao cuidador familiar para melhorar suas habilidades de auto-gestão frente ao cuidado. Essa intervenção foi através de quatro grupos focais, orientados por dois facilitadores que tinham experiência em suporte ao cuidador e

promoção da saúde. Os cuidadores avaliaram a intervenção como sendo uma oportunidade de compartilhar suas experiências, histórias e conselhos com outros cuidadores, além do desenvolvimento de uma rede de apoio entre os cuidadores dentro do programa. Enfatizaram que o programa deve ser oferecido logo no início da experiência de cuidado, de preferência entre três e seis meses após a alta hospitalar, quando os cuidadores têm necessidades de entender a gestão do seu novo papel de cuidador (MORES et al., 2013).

Intervenção em grupo, realizada pelo enfermeiro que coordenava um programa de educação no hospital, referente a como cuidar de uma pessoa com AVC para cônjuges, teve como objetivo melhorar o conhecimento sobre o AVC, com troca de experiências de cuidadores na mesma situação. Os temas para as sessões incluíram a natureza do AVC, tratamento e recuperação, os efeitos psicológicos e sociais do AVC e a prevenção da recorrência de AVC. Este estudo indica a necessidade de um desenvolvimento contínuo de programas de apoio liderados por enfermeiros na implementação do papel dos cônjuges como cuidadores de pacientes com AVC, além de proporcionar suporte em relação ao cuidado (LARSON et al., 2005).

Artigo de revisão de literatura, com o objetivo de apresentar uma estrutura conceitual para abordar as necessidades de apoio aos cuidadores familiares do hospital para casa, destaca que durante o tratamento agudo, os cuidadores familiares precisam entender o AVC e o que está acontecendo ao seu membro da família. Após o AVC, os cuidadores familiares precisam saber mais sobre a doença e o plano de tratamento. Os pesquisadores destacam que os cuidadores familiares precisam de treinamento no apoio às atividades da vida diária, nas mudanças de estilo de vida, e informações em relação aos serviços comunitários (CAMERON; GIGNAC, 2008).

Estudo desenvolvido em Londres que realizou intervenção relacionada a treinamento de cuidadores de pacientes com AVC para apoiar as atividades de vida diária, demonstrou que a sobrecarga do cuidado foi significativamente reduzida e a qualidade de vida e humor dos cuidadores melhorou significativamente entre três e 12 meses. Além disso, proporcionar treinamento ao cuidador tem vantagens adicionais de redução dos custos dos cuidados com o AVC, bem como melhora a qualidade de vida dos pacientes (KALRA et al., 2004).

No cenário nacional, foi identificado estudo que versa sobre a importância do enfermeiro na orientação aos cuidadores de clientes com sequelas de AVC. Reforça que a equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro, deve-se utilizar-se de suas habilidades de educador como uma estratégia de cuidado permanente ao paciente e seu cuidador após a alta hospitalar, minimizando dúvidas, medos e dificuldades para enfrentar a nova realidade

(SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2013). Pesquisadores que examinaram a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de AVC e as experiências dos cuidadores, para cuidar desses pacientes, na fase de transição do hospital para casa, revelam a necessidade de treinamentos que possam auxiliar no processo de cuidado (RODRIGUES et al., 2013).

Diante desse contexto, o enfermeiro pode atuar, no sentido de auxiliar e cuidar deste grupo familiar no qual está inserido o paciente acometido por um AVC.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico que trata do desenvolvimento de instrumentos (POLIT; BECK, 2011; WOOD; HABER, 2001), construído em três etapas de modo sequencial. A primeira etapa versa sobre a construção do protocolo de intervenção educativa, a segunda sobre o pré-teste e a terceira sobre a validação do mesmo.

4.2 Descrição das três etapas do estudo de acordo com o local de realização, participantes e coleta de dados

4.2.1 Primeira etapa: construção do protocolo de intervenções educativas

A definição dos domínios do protocolo de intervenções educativas direcionado ao cuidador familiar de idosos com AVC foi realizada a partir da revisão integrativa sobre o tema em estudo, durante o doutorado sanduíche da pesquisadora no Canadá de dezembro de 2014 a julho de 2015. Além disso, teve como base teórica o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008), os manuais educativos da coleção Educação em Saúde, disponibilizados para pacientes e seus cuidadores pelo HCPA (HCPA, 2016), e a investigação do grupo de pesquisa que avaliou as necessidades do cuidador familiar no apoio à pessoa idosa vinculada a um Programa de Atendimento Domiciliar (BIERHALS, 2015). Recorreu-se ainda à taxonomia de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e estudo piloto realizado em Portugal, que teve como objetivo descrever uma intervenção baseada em habilidades dos cuidadores informais ao cuidar de pessoas idosas depois de um AVC em casa (InCARE) (ARAÚJO; CABRITA; LAGE, 2014; ARAÚJO et al., 2015).

A partir das informações obtidos nessa etapa, integrantes do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) da UFRGS discutiram sobre os domínios mais relevantes para compor a versão preliminar do protocolo. Foram definidos os domínios que expressaram maior relação com necessidades de cuidar dos cuidadores familiares de pessoas idosas após AVC dependentes, no sentido de implementar intervenções dirigidas à capacitação do cuidador no contexto local.

4.2.2 Segunda etapa: Pré-Teste

Após a construção da versão preliminar do protocolo, o mesmo foi enviado a especialistas a fim de realizar um pré-teste, que teve finalidade de avaliar a clareza e entendimento do conteúdo do protocolo (CARDOSO et al., 2005), no período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016.

Essa etapa foi realizada com profissionais de uma equipe multiprofissional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) na Unidade de Cuidados Especiais-AVC (UCE-AVC). Em julho de 2013, o HCPA criou a UCE-AVC, destinada a atender pacientes com diagnóstico de AVC provenientes tanto do serviço de emergência, quanto de outras unidades de internação. A UCE-AVC integra uma unidade de internação clínica onde são destinados aproximadamente 10 leitos para pacientes com AVC. Nesta unidade, recebem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta no mínimo de um profissional de cada especialidade: médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social e psicóloga. Durante o tempo de internação, bem como no momento da alta, esses profissionais fornecem informações referentes aos cuidados aos pacientes e seus familiares, além de manuais educativos contendo diversas orientações acerca da doença, alimentação/nutrição, cuidados com medicamentos, mobilidade, posicionamento no leito, entre outras.

A escolha dos participantes foi de modo intencional, e seguiu as recomendações da literatura quanto ao número de sujeitos que deve ser no mínimo quatro e no máximo 30 (MARCONI; LAKATOS, 2009). Embora o desenvolvimento do protocolo tivesse o intuito de ser um protocolo para enfermeiros, a escolha pela equipe multidisciplinar em compor a amostra, deu-se pelo fato de que a atenção aos pacientes nesta unidade é diferenciada, tendo o acompanhamento de cada profissional nas atividades específicas de cuidado, além do acompanhamento de todas as atividades por enfermeiros.

Em reunião com os profissionais da UCE-AVC do HCPA, a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo e convidou os profissionais que fazem parte dessa equipe e que atendem os pacientes destinados aos leitos da UCE-AVC a participar da pesquisa, sendo esse o critério de inclusão, desta forma, estes passaram a integrar o consenso de especialistas. Os mesmos foram contatados pessoalmente, para a entrega do protocolo de intervenção.

Os especialistas realizaram a validação de aparência que proporcionou o julgamento sobre a relevância e adequação dos itens do protocolo de intervenção educativa, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento (MARTINS, 2006). Também

realizaram a validação do conteúdo que determinou se a representatividade dos domínios, itens e orientações do protocolo de intervenção educativa expressava o conteúdo (RUBIO et al., 2003).

Os domínios do protocolo foram apresentados aos especialistas pela pesquisadora e a mesma solicitou que cada um escolhesse dentre aqueles domínios, quais sentiam-se mais competentes para avaliar como expert as orientações que contemplavam cada um. Por exemplo, dentre todos os domínios do protocolo, em quais desses os especialistas realizavam orientações de modo mais frequente aos idosos e seus cuidadores, durante o período de internação e no planejamento da alta. Dessa forma, ficou acordado entre os especialistas a divisão entre os domínios: 1) Orientações sobre o AVC: **Médico**; 2) Suporte emocional: **Psicóloga**; 3) Utilização da Rede de Atenção à Saúde: **Assistente Social**; 4) Alimentação: **Nutricionista e Fonoaudióloga**; 5) Vias aéreas: **Fisioterapeuta**; 6) Medicamentos: **Farmacêutica**; 7) Higiene: **Enfermeira**; 8) Cuidado com a pele: **Enfermeira**; 9) Eliminações: **Enfermeira**; 10) Vestir/despir: **Fisioterapeuta**; 11) Posicionamento e transferência: **Fisioterapeuta**; 12) Prevenção de quedas: **Fisioterapeuta**.

Após essa organização, o protocolo preliminar (Apêndice A), foi entregue impresso aos especialistas. Cada domínio, com seus respectivos itens de cuidado listado no protocolo tinha um espaço contendo as seguintes questões: Quais itens você excluiria dentro desse domínio? Quais você modificaria? Quais você acrescentaria? Comentários ou sugestões.

4.2.3 Terceira etapa: validação do protocolo de intervenções educativas por meio da Técnica Delphi

A validação por meio de consenso de especialistas é uma prática que vem sendo cada vez mais explorada na área da enfermagem para validação de escalas, validação de diagnósticos de enfermagem, adaptações transculturais de instrumentos de pesquisa, entre outros usos (MACHADO; GUERRA; BRANCO, 2012; AIRES et al., 2012; AZZOLIN et al., 2012; LOPES et al., 2013; ALMEIDA et al., 2014). Além disso, esse método mostra-se útil e apropriado na orientação dos cuidados e nos seus recursos envolvidos (MACHADO; GUERRA; BRANCO, 2012).

A coleta dos dados ocorreu no ambiente virtual, ou seja, um sistema computacional disponível na Internet destinado ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação. Permite integrar várias mídias, linguagens, recursos, apresentar informações de maneira organizada, elaborar e socializar produções tendo em vista atingir

determinados objetivos (CAETANO, 2006). Essa etapa, ocorreu no período de fevereiro a abril de 2016.

A validação do protocolo do presente estudo deu-se pela Técnica Delphi online (SCAPARO, 2012a; SILVA et al., 2009). Na Técnica Delphi a validação ocorre a partir do consenso de um painel de especialistas, entendido como um julgamento sistematizado, no qual se busca alcançar opiniões de um grupo de especialistas sobre um determinado problema, utilizando para isso, validações articuladas em rodadas dos instrumentos, nas quais é preservado o anonimato das respostas individuais (CHANG et al., 2010; SCARPARO et al., 2012a).

Os sujeitos dessa etapa foram enfermeiros com expertise, efetivamente engajados na área sobre a qual está se desenvolvendo o estudo. O sucesso da aplicação da Técnica Delphi relaciona-se à qualificação dos participantes, e não ao número de especialistas, devendo ser valorizado a experiência e o conhecimento dos participantes sobre a área específica do estudo (SCARPARO, 2012b). Na Técnica Delphi, o número de 15 a 30 é considerado o suficiente para gerar informações relevantes (VICHAS, 1982).

Fizeram parte da amostra especialistas eleitos por conveniência. Para dar início à seleção, a pesquisadora convidou os especialistas por meio de carta-convite, a partir de uma busca aos currículos na Plataforma Lattes. Essa plataforma constitui-se na base de dados de currículos e instituições das áreas de ciência e tecnologia do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Foi utilizada a ferramenta de busca simples, com as palavras "atenção domiciliar and enfermagem" no campo assunto.

A seleção de especialistas para o painel ocorreu entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016, tendo sido criado um e-mail, para a realização dos contatos. Foi enviado carta-convite (Apêndice B) e TCLE (Apêndice C) à 320 especialistas. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros com experiência de pelo menos seis meses em atenção domiciliar e/ou pesquisadores com publicações no tema. A opção por especialistas com expertise nessa área de atuação foi no sentido de complementar o olhar clínico da equipe multidisciplinar que compôs o pré-teste, e por possuírem uma formação mais generalista e em função do protocolo ser focado para o atendimento domiciliar. Foram excluídos especialistas que não responderam até dez dias após o primeiro contato.

Para isto, o protocolo de intervenção educativa foi entregue a estes especialistas a fim de verificar o nível de concordância entre os mesmos para cada um dos domínios com seus respectivos itens e orientações do protocolo de cuidados. A operacionalização da técnica

Delphi, foi realizada com o *Cognito forms*, por duas rodadas de questionários (SCARPARO et al., 2012a).

A avaliação da concordância do painel de especialistas foi realizada com a utilização da Escala Likert para cada item de cada domínio: 1) Discordo plenamente; 2) Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente. O processo se repetiu até que se atingir o nível de concordância mínima de 75% estipulado pela pesquisadora, conforme sugere a literatura (HSU; SANDFORD, 2007), somando-se os itens “concordo” e “concordo plenamente” da escala de Likert.

4.2.3.1 Aplicação da primeira rodada do painel Delphi

O questionário foi enviado aos especialistas por meio de correio eletrônico, com as orientações para preenchimento, sinalizando o link de acesso on-line que abriria para o *Cognito forms*, e era oferecido o prazo inicial de dez dias para resposta. Ao clicar no link indicado, os participantes eram diretamente direcionados ao TCLE, sendo necessário o seu preenchimento e aceite de participação, para posteriormente receberem o protocolo.

Nessa primeira versão do protocolo, cada um dos domínios propostos para compor o mesmo era acompanhado de uma questão aberta, para ser respondida de forma opcional. Nesta questão os participantes poderiam escrever sugestões de outros aspectos que julgassem necessário ser acrescentado no protocolo da rodada seguinte.

Foram excluídos 241 especialistas que não responderam até dez dias após o primeiro contato, sendo que 79 especialistas receberam o protocolo na primeira rodada da Técnica Delphi. Autores apontam que um período mínimo de duas semanas é indicado para resposta no uso da técnica Delphi (HSU; SANDFORD, 2007). Assim, ao término do prazo de sete dias, um lembrete foi enviado aos participantes que não haviam respondido o questionário, oferecendo um novo prazo de mais uma semana para resposta; esse período foi estendido por três vezes, para obter maior retorno dos participantes. A dificuldade na obtenção de respostas é frequentemente apontada como uma desvantagem no uso dessa técnica, pois requer o despendimento de tempo e concentração por parte dos participantes para o preenchimento dos questionários (SCARPARO, 2012b).

Após 55 dias de coleta de dados (03 de fevereiro a 28 de março de 2016), havia 42 questionários respondidos, quando foi encerrada, então, a primeira rodada do painel, devido ao longo período utilizado. A partir deste momento, a pesquisadora desativou o recebimento

de respostas do questionário on-line na plataforma *Cognito forms*, para dar prosseguimento à análise dos dados.

Foi realizado o planilhamento dos dados no programa Microsoft Excel® e sequencialmente aplicado o nível de consenso (concordo; concordo plenamente). As respostas das questões abertas foram analisadas conforme a similaridade dos assuntos abordados e sua relevância, confrontando com a literatura. A partir das sugestões feitas pelos especialistas, os dados foram compilados e as alterações e/ou sugestões dos especialistas foram acrescentados no protocolo, para envio na segunda rodada da Técnica Delphi.

4.2.3.2 Aplicação da segunda rodada do painel Delphi

Na segunda rodada, o questionário foi enviado por correio eletrônico aos 42 participantes da primeira rodada do estudo, com as orientações para preenchimento, sinalizando novamente o link de acesso on-line que abriria para o *Cognito forms*. O protocolo apresentado foi reestruturado sendo retirados os domínios, itens e orientações do protocolo que atingiram o consenso mínimo de 75%, e foram acrescentados os itens e orientações a partir das sugestões feitas pelos participantes da rodada anterior.

As orientações que não obtiveram consenso na primeira rodada, foram reapresentadas com os percentuais obtidos para cada resposta. Nesse momento, os especialistas reavaliaram suas opiniões diante da apresentação estatística das respostas do grupo na primeira rodada. A técnica Delphi prevê que esse processo pode se repetir até se obter um grau satisfatório de convergência em cada questão (GIOVINAZZO, 2001).

Foi solicitado aos especialistas um prazo de sete dias para resposta do protocolo, este prazo foi estendido por mais sete dias, quando foram enviados novos lembretes aos não respondentes. Assim, ao término de 14 dias (iniciado em 15 de abril e finalizada 29 de abril de 2016) encerrou-se a segunda e última rodada do painel de opiniões com 36 especialistas, sendo atingido o consenso em todos os domínios, itens e orientações do protocolo.

4.3 Análise dos dados

Na primeira e na segunda etapa deste estudo, a análise foi realizada por meio de articulação com a literatura científica sobre a temática em estudo.

Na terceira etapa, os dados receberam tratamento estatístico (SCARPARO et al., 2012a). Foram calculadas média, mediana e desvio padrão para as respostas. O critério para

avaliação do consenso dos especialistas, foi o julgamento de opiniões convergentes com nível favorável mínimo de 75% resultante da soma de respostas concordo e concordo plenamente (4 e 5 na escala de Likert) aplicada aos avaliadores. A questão aberta da primeira rodada da Técnica Delphi teve análise ancorada na literatura científica.

Para a discussão dos resultados de intervenções que implicam em prestação de cuidados optou-se por confrontar os achados com os níveis de evidência científica. Entende-se por nível de evidência o método utilizado na obtenção da informação ou a decisão recomendada, dando maior ou menor credibilidade científica à referida informação. No que concerne à avaliação do nível de evidência, os estudos foram classificados de acordo a definição dos autores Melnyk e Fineout-Overholt (2005): **Nível I:** as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; **Nível II:** evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; **Nível III:** evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; **Nível IV:** evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; **Nível V:** evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; **Nível VI:** evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; **Nível VII:** evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Foram observadas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c) a qual rege pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes da pesquisa da segunda (Apêndice D) e terceira etapa (Apêndice C), receberam um TCLE. O TCLE na segunda etapa foi assinado fisicamente e na terceira etapa do estudo foi enviado aos participantes através de link eletrônico.

Os questionários preenchidos juntamente com os termos de consentimento foram armazenados na plataforma eletrônica e salvos em arquivo no formato pdf. Esse material será guardado por cinco anos pela pesquisadora, conforme dispõe a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013c).

Não foi realizada qualquer forma de pagamento ou recebimento de gratificações em virtude da participação na pesquisa. Entende-se que o benefício do estudo foi qualificar a assistência aos cuidadores familiares na atenção ao idoso. Participar do estudo pode expor os convidados a riscos mínimos como cansaço e algum desconforto. A integridade dos participantes da pesquisa com relação a danos temporários e permanentes foi resguardada, uma vez que tinham o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar da pesquisa, e a qualquer momento, pudessem retirar-se desta.

O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem de número 29898 e aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em novembro de 2015, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 50105715.7.0000.5327 (Anexo A).

6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados, segundo as três etapas realizadas no presente estudo.

6.1 Primeira etapa: construção do protocolo de intervenção educativa

O protocolo preliminar foi construído a partir de revisão integrativa. O resultado dessa etapa foi redigido no formato de manuscrito científico, e está apresentado em inglês, pois foi construído durante doutorado sanduíche da pesquisadora no Canadá (como explicitado nos métodos). Ao final da revisão apresenta-se a versão do protocolo elaborada nessa etapa.

6.1.1 Artigo de Revisão Integrativa

TITLE: GUIDELINES FOR FAMILY CAREGIVERS OF STROKE SURVIVORS: AN INTEGRATIVE REVIEW

INTRODUCTION

Experiencing a stroke is a dramatic event for the survivors and their families. A significant number of stroke survivors have limitations related to physical and/or cognitive impairments, accompanied by major changes in the achievement of activities of daily life, especially after the acute phase of stroke (VISSER-MEILY et al., 2004).

Following the hospital discharge, many patients post-stroke go back home contingent on family caregivers, who often provide assistance with activities of daily life, such as bathing, dressing, going to the toilet and other activities (TOOTH et al., 2005).

These family caregivers perform an important part in the care and rehabilitation of patients. However, many feel unprepared for this duty, which could have a negative effect on their life and the patient (FORSTER et al., 2012). Furthermore, they have difficulty in acquiring

information about the health condition of their family member (ANDERSEN et al., 2000), understanding and managing their cognitive and behavioral problems (GRANT et al., 2004), and obtaining access to community and rehabilitation services (SKI; O'CONNELL, 2007).

Caregivers report a considerable number of health problems such as depression, a decline in social life, and high stress levels (TOOTH et al., 2005; VISSER-MEILY et al.,

2005). However, the appropriate post-stroke guidelines may improve caregivers own health as well as the recovery and adaptation of the patient with stroke (VISSER-MEILY et al.,2005). Specifically, non-pharmacological interventions can reduce the burden on caregivers and facilitate the recovery of patients after stroke (LEGG et al., 2011).

Thus, the purpose of this study was to identify the most effective multiple educational guidelines of care for family caregivers of elderly persons after stroke. It is intended to provide baseline evidence for health care professionals to support elderly stroke survivors and their family caregivers.

METHODS

This study is an integrative review of the literature on care interventions for caregivers of elderly survivors of a stroke. An integrative review is used to synthesize current evidence in a particular area when published studies used a variety of different designs to address a particular problem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

The eligibility of the articles was assessed and references were selected according to the research question of the review: What guidelines support family caregivers in caring for an elderly person who has had a stroke?

The following inclusion criteria were applied:

1. Full papers published between January 2005 and December 2014;
2. Language: English, Spanish or Portuguese;
3. The primary focus of the article was about the use of non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors.
4. In addition, we reviewed the references of these articles to identify any other relevant studies with publication dates 2005 to 2014 (Fig. 1).

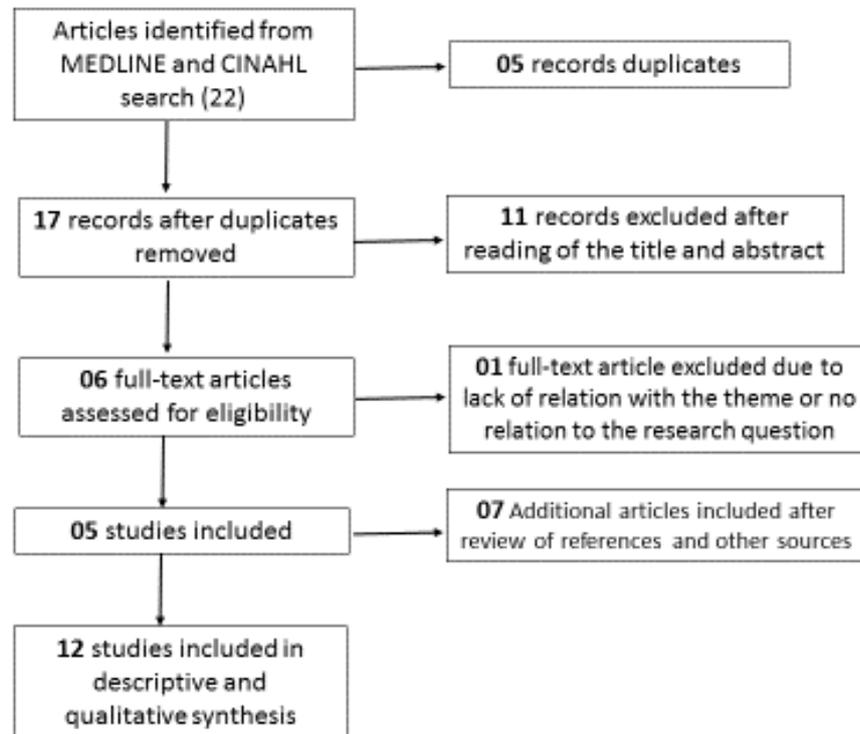


Figure 1. Flow chart of study selection for integrative review.

The following exclusion criteria were applied:

Non-peer reviewed literature was excluded. This included editorials, thesis, dissertations, letters to the editor, government reports and annals of scientific events (abstracts).

The studies were selected through the Internet and two electronic databases were used: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) via EBSCO *host* at the University of Alberta (UofA).

Initially, the existence of key terms and their synonyms was verified in each of the two databases. Three key terms were used to build the search strategy: “guidelines and stroke and family caregivers”. Next, the primary studies were located with the help of advanced search tools, in which the search terms were combined using the Boolean operator “AND”.

The primary studies were read in detail and their contents were critically analysed according to Melnyk and Fineout-Overholt (2011) (Table 1). The evidence level of the studies was identified based on the study design and classified as follows: levels I and II were classified as strong, III to V as moderate and VI to VII as weak (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Table 1. Hierarchy of evidence (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011)

Level of evidence	Study design
I	Systematic reviews and meta-analysis of RCT
II	RCT
III	Non-randomised controlled trial (quasi-experiment)
IV	Case-control or cohort studies
V	Systematic reviews of qualitative or descriptive studies
VI	Qualitative or descriptive studies
VII	Opinion of authorities and/or reports of expert committees

RCT, randomised controlled trials.

The Ursi and Galvão (2006) tool was adopted to extract the data from the studies. It has also been used in earlier studies (VASCONCELOS, 2011; VILAR; ANDRADE; ALVES, 2013). The study results were presented descriptively according to their outcomes.

RESULTS

Study selection

Initially, 22 articles were retrieved. Among them, five duplicated articles were located and excluded. After reading the remaining 17 titles and abstracts, 11 publications were excluded, resulting in six full-text articles which were assessed for eligibility. These six articles were fully read to identify five that met the inclusion criteria. In addition, we reviewed the reference lists of these articles to identify any other relevant studies. This resulted in including seven additional studies, with publication dates from 2005 to 2014. The final sample consisted of 12 studies. (Fig. 1).

The table 2 (APPENDIX E) presents the studies in a chronological order such as: authors, year of publication, country of development, title, study design, aim, findings and evidence level. The studies included were published between 2005 and 2014. Most of them were conducted in the United Kingdom (MACKENZIE et al., 2007; HINOJOSA; RITTMAN, 2007; CLARKE et al., 2013; CLARKE et al., 2014).

The most frequent methodological design used was randomized controlled trials (Evidence level II) which was applied in five studies (LARSON et al., 2005; OSTWALD

et al., 2008; FORSTER et al., 2012; CLARKE et al., 2013; CLARKE et al., 2014). Three studies were systematic reviews (Level V) (PELLERIN; ROCHETTE; RACINE, 2011; CREUTZFELDT; HOLLOWAY; WALKER, 2012; LOUPIS; FAUX, 2013). Two studies were descriptive studies (Level VI) (MACKENZIE et al., 2007; HINOJOSA; RITTMAN, 2007). One systematic review and meta-analysis of RCTs (Level I) (BRERETON; CARROLL; BARNSTON, 2007) and one comprised authorities' opinion and/or reports of expert committees (Level VII) (HEUGTEN et al., 2006). Three studies were classified as level V, five studies were classified as level II; two as level VI; one as level I and one as evidence level VII. Therefore, according to the evidence level, this integrative review presents most of its studies classified as strong (levels I or II) and moderate (levels III, IV or V) and three studies classified as weak evidence levels (VI and VII) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

The studies have common elements in the topics addressed. Thereby, the articles were grouped into three categories based on analysis of the extracted data: six studies fell in the category **educational guidelines and programs for family caregivers** (LARSON et al., 2005; HEUGTEN et al., 2006; OSTWALD et al., 2008; FORSTER et al., 2012; CLARKE et al., 2013; CLARKE et al., 2014), four studies addressed the **information needs of family caregivers about the care of the patient after a stroke** (MACKENZIE et al., 2007; HINOJOSA; RITTMAN, 2007; CREUTZFELDT et al., 2012; LOUPIS; FAUX, 2013), and two studies suggested **appropriate interventions to support family caregivers of stroke survivors** (BRERETON; CARROLL; BARNSTON, 2007; PELLERIN et al., 2011).

Educational guidelines and programs for family caregivers

Some authors argue that patients and their families have educational and support programs developmental needs. Larson et al. (2005) presents a program which aims to improve awareness about stroke and provide an opportunity for spouses to ask questions and discuss their experiences associated with the care of a person who was a victim of stroke with people in the same situation, as well as specialized nurses. This program occurred while their family member was still in the hospital and it was conducted in small groups. The sessions were led by specialized nurses, through lectures about a topic of interest to the participants, including questions about the nature of stroke, treatment and recovery, psychological effects and social post-stroke and how to prevent its recurrence.

The article by Ostwald et al. (2008) described an educational program for stroke survivors and their families after hospital discharge. Educational guidelines were based

through literature review, clinical experience, and also included the Agency for Health Care Policy and Research. These guidelines were designed to provide education, support, skills training, counseling and links to social and community resources. The guidelines were divided into seven categories: stroke recovery; stress; promotion of a healthy lifestyle; special problems; therapeutic skill training; coping; and community networks. The authors verified that the phase after hospital discharge, stroke survivors and their caregivers need education especially about the effects of stroke, advice to adapt the house for security and independence, support on daily life issues and manners to access community resources.

The study of Forster et al. (2012) is a research protocol for a randomized clinical trial that have a structured training program for caregivers of patients hospitalized after stroke. This program includes the London Stroke Carer Training Course (LSCTC) which comprehends several caregiver training sessions and evaluation of their skills, while the patient is in the hospital, and a follow-up session after discharge. The LSCTC was constituted by a series of skills that caregiver should carry out, such as: have an understanding of stroke; awareness of the patient's specific problems associated with stroke, which can be related to speech, mobility, memory, diet and swallowing, vision and reading, dressing, transferring; knowledge of how to manage and provide support for personal activities of daily living.

Clarke et al. (2013) presents implementation results of a training intervention to support caregivers after stroke, by using the modified LSCTC. This program was based on 14 items to be delivered by the multidisciplinary team in the intervention units. Six of the 14 items were mandatory, *for instance*: provide information about the nature of stroke; what a stroke is; the pain management; information of the where and whom to seek help from after discharge; the importance of medication adherence; and adapting the knowledge and skills taught to the home environment following discharge. The remaining items were based on the needs of the individual. The implementation process of the LSCTC for caregivers after stroke was evaluated, Clarke et al. (2014) presents that the LSCTC aimed to determine whether the LSCTC improved the functional independence of patients and reduced the caregiver burden when delivered as part of routine care in the hospital.

Heugten et al. (2006) integrated already existing guidelines on the management of stroke and rehabilitation of the elderly. The topics of the guidelines for caregivers were formulated based on a literature review and also relied on expert opinion, through the Delphi Technique. The final version of the guidelines consists of 13 topics: partners at risk of burden; assessing burden; interventions; information provision and education; differences in complaints between patients and carers; depression; primary care; involvement of carers in

the rehabilitation process; long-term consequences; fellow sufferers; young children of stroke patients; sexuality and intimacy; and societal involvement. These guidelines have been formulated in response to a need to improve the professional support to caregivers of patients with stroke.

Information needs of family caregivers about the care of the patient after a stroke

The event of a stroke by the family member, usually comes with physical, social, behavioral, emotional and financial implications that appear during rehabilitation. These changes introduce challenges, particularities and difficulties for family caregivers.

Mackenzie et al. (2007) examined the necessary support for family caregivers of stroke survivors for four to six weeks after discharge. Also, the caregivers were asked to prioritize their needs for guidance before and after discharge. Before hospital discharge, the most important necessity was to control the physiological symptoms of the stroke survivor, issues around mobility, access to the toilet and to other rooms of the house, patient communication difficulties due to damages in speech and being incapable to ask for help or use the phone. After hospital discharge, the same problems were identified, but the priorities were different. At this stage, caregivers felt that they did not have enough assistance or support to deal with these issues. For many caregivers the accumulation of responsibilities and daily tasks was emotionally and physically exhausting.

In Hinojosa and Rittman (2007) study, the level of information that caregivers needed was analyzed, as well as the information they received initially, and the sources they used for information that contributed to the recovery process at home. The results indicated that, many times, the caregivers do not have the information necessary to properly manage the recovery process of patients with stroke at home. Many caregivers identified the need to receive additional information about stroke and its risks, followed by prescriptions or medications, how to deal with the stroke survivor's behavior, home security, functional changes, communication, moving, in addition to dealing with privacy issues. The results also show that caregivers received the majority of this information from doctors, from the Department of Veterans Affairs, and also searched the internet.

The research conducted by Creutzfeldt et al. (2012) revealed many symptoms of stroke survivors that their caregivers could help with if they understood how to respond to these symptoms. The symptoms included fatigue, incontinence, constipation, sexual dysfunction, depression, anxiety, social and spiritual issues. For each symptom available treatments were identified. The authors state that most of these symptoms, if recognized by

the caregiver, may be treated or attenuated, leading to improvement in the quality of the patient's life.

Loupis and Faux (2013) emphasize that meetings at the hospital are important and beneficial to improve communication between patients, families and the multidisciplinary health care team. Caregivers who have recently assumed care for their family member who is receiving physical rehabilitation, are often subjected to a large dosage of stress related to a lack of information and overcharge. This study also identifies that when caregivers have a better understanding of the functional abilities of a patient who has suffered stroke, they develop greater capacity to provide proper care and, therefore, they may experience less stress than those without this information.

Appropriate interventions to support family caregivers after stroke

Clinical stroke care guidelines recommend interventions that include family caregivers. Based on what is reported in the studies, different types of action are effective, for example, advice, training, problem-solving education, among others.

A systematic review by Brereton, Carroll and Barnston (2007), discussed the efficacy of interventions for family caregivers of people with stroke, and an exploratory analysis of the relationship between the conceptual basis of these interventions and their effectiveness has showed that most interventions were performed while the stroke survivor was in the hospital or within six months after hospital discharge. The training of caregivers and a combination of education and counseling, have had positive effects for caregivers and ultimately, their family member who suffered a stroke. In addition, almost half of the interventions examined in this review had no theoretical basis for its design. The remaining interventions were supported by theories of stress confrontation. Despite the low quality of evaluation studies, evidence suggests that intervention for family caregivers have some benefits, whether or not supported by a conceptual framework. The authors emphasize that the studies analyzed show that support groups and household visits by nurses who provided health care education improved the coping skills of caregivers, including self-efficacy, confidence in the acquaintance of patient care and seeking social support.

Pellerin, Rochette and Racine (2011) reviewed the scientific literature that examined the daily lives of relatives of people living with stroke in the community. They revealed that the social participation of relatives of people with stroke is affected due to the responsibilities assumed, such as social roles, interpersonal relationships and recreation. Thus, education programs aimed at this population should be interactive and interdisciplinary, focusing on

identified needs. The authors indicate that it would be appropriate to use a structured program supervised by professionals to teach proper techniques to family caregivers. Furthermore, teaching skills in problem solving could help reduce depression in caregivers in the short term.

DISCUSSION

In the category **educational guidelines and programs for family caregivers**, it was identified that the family caregivers of stroke survivors face considerable health problems, decline in social life, depression and high stress levels (TOOTH et al., 2005; VISSER-MEILY et al., 2005). Thus, the identification of solutions based on scientific evidence to reduce the burden of providing post-stroke care was essential to improve the health of the caregiver and to optimize the outcomes for patients (FORSBERG-WARLEBY; MOLLER; BLOMSTRAND, 2004).

The content of the programs was mostly based on observation of care related to the activities of daily life and the needs expressed by the caregivers. During hospitalization most caregivers of stroke patients frequently are unaware of the requirements related to the care they will have to take on when the patient returns home (GREENWOOD et al., 2009; ELLIS-HILL et al., 2009). There is evidence that the training and support needs of caregivers are subject to change throughout the care delivery period. Therefore, the training of caregivers restricted to the patient's hospitalization or even short periods in the community cannot meet the needs of caregivers and ultimately the survivor of stroke over time (CAMERON; GIGNAC, 2008; GREENWOOD et al., 2009; ELLIS-HILL et al., 2009; CAMERON et al., 2013).

In the category **information needs of family caregivers about the care of the patient after a stroke**, a range of unattended needs were recognized in the studies. Survivors of stroke and their caregivers identify gaps in knowledge and information about stroke, its treatment and the services available. The caregivers require information about rehabilitation facilities and relevant support that is easy to use at different stages of rehabilitation, particularly during the transition from the hospital to the community (O'CONNELL; BAKER; PROSSER, 2003; SMITH et al., 2004).

A literature review that aimed to provide a conceptual structure to address the necessities of support for family caregivers from hospital to home, emphasized that during acute treatment, family caregivers need to understand the meaning of 'stroke' and what is happening with their relative. After the stroke, caregivers must learn more about the disease

and treatment plan. The researchers emphasize that family caregivers will need considerable training to support daily living activities, lifestyle changes, and information regarding community services (CAMERON; GIGNAC, 2008). Providing information and efficient education that increases knowledge and abilities could benefit many caregivers and stroke survivors (CLARK; SMITH, 1998; SMITH et al., 2008).

The actions directed to patients after stroke and their caregivers as viewed in the category **appropriate interventions to support family caregivers after stroke**, in general, demonstrate that these bring benefits both to caregivers and patients (ALVAREZ et al., 2011; KIM et al., 2012; KREVERS; OBERG, 2011).

A study with caregivers in South Korea has developed an intervention program with a group of caregivers at the hospital and individuals at home by phone, providing social support, emotional support and information on care according to the family's needs. Results demonstrated that there was a decrease of caregiver burden in the experimental group compared with the control group using post-intervention (KIM et al., 2012).

A practical and theoretical educational intervention with caregivers conducted in Chile found that interventions for caregivers were a protective factor to decrease anxiety and emotional caregiver burden. Three workshops were conducted at the hospital and one at home during the first month after discharge addressing both patient care and caregiver self-care (ALVAREZ et al., 2011). The topics were: definition of stroke and rehabilitation, care related to the activities of daily life, basic techniques of relaxation, distribution and organization of the provision of care, environmental risk and environmental modifications.

Another study conducted in Canada, developed and evaluated a program to support the family caregiver to improve their self-management abilities before care. The topics of intervention were: information needs of family caregivers of stroke survivors, instrumental and physical care, changes in the relationships with the stroke survivors and available community support services. Caregivers evaluated the intervention as an opportunity to share their experiences, stories and recommendations with other caregivers, besides the development of a support network among caregivers within the program. They emphasized that the program should be offered at the beginning of the care experience, preferably between three and six months after hospital discharge, when caregivers need to understand the management of the new caring role (MORES et al., 2013).

The interventions targeted at caregivers of stroke survivors such as training to support the activities of daily living, demonstrated that the burden of care can be significantly reduced and the quality of life and mood of caregivers improved significantly between three and 12

months. Furthermore, providing training to the caregiver has the additional benefits of reducing the cost of care for stroke patients and improving the quality of life of patients (KALRA et al., 2004).

LIMITATIONS

A limitation of this review is related to the heterogeneous results. The variety of measures used in the studies makes it difficult to compare between studies and evaluate the results. However, there is evidence of successful guidelines for family caregivers of stroke survivors. Unfortunately, many studies included in this review did not explain clearly how the guidelines should be used and how effective they are in promoting recovery of the stroke survivors and the caregivers' physical and psychosocial well-being.

CONCLUSION

The studies in this review provide important updates on non-pharmacological interventions and guidelines to improve professional support to caregivers of patients after stroke. Considering the evidence level of these studies and the limitations, further research is needed to build on this existing evidence. Further research may contribute to the construction of a significant ensemble of evidence and guidelines for clinical practice.

The articles found reflect the efforts of researchers in the pursuit of new evidences and health care strategies. These interventions, when allied to conventional orientations of family caregivers of patients after stroke, can enhance the quality of life of patients, and especially of the caregivers.

The supply of information, planning and professional support is necessary for caregivers. They need information about the patient's care after stroke at different stages of rehabilitation, especially during the transition from hospital to the community.

REFERENCIAS

ANDERSEN, H. E. et al. Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: A postdischarge follow-up service for stroke survivors. **Stroke**, Dallas, v. 31, n. 5, p. 1038–1045, 2000. doi: 10.1161/01.STR.31.5.1038.

ALVAREZ, E. et al. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secuestrados de um accidente cerebrovascular: estudio piloto. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 11, n. 2, 23, 2011.

BRERETON, L.; CARROLL, C.; BARNSTON, S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 21, n.

10, p. 867-884, 2007. doi: 10.1177/0269215507078313.

CREUTZFELDT, C. J.; HOLLOWAY, R. G.; WALKER, M. Symptomatic and palliative care for stroke survivors. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 27, n. 7, p. 853-860, 2012. doi: 10.1007/s11606-011-1966-4.

CLARKE, D. J. et al. Introducing structured caregiver training in stroke care: findings from the TRACS process evaluation study. **BMJ Open**, London, v. 4, e004473, 2014. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004473.

CAMERON, J. I.; GIGNAC, M. A. M. "Timing it right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers of stroke survivors: from the hospital to the home. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 70, n. 3, p. 305-314, 2008. doi: 10.1016/j.pec.2007.10.020.

CAMERON, J. I. et al. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 35, n. 4, p. 315-324, 2013. doi: 10.3109/09638288.2012.691937.

CLARK, M. S.; SMITH, D. S. Knowledge of stroke in rehabilitation and community samples. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 20, n. 3, p. 90-96, 1998. doi: 10.3109/09638289809166061.

ELLIS-HILL, C. et al. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 2, p. 61-72, 2009. doi: 10.1080/09638280701775289.

FORSTER, A. et al. A cluster randomized controlled trial of a structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS). **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 7, n. 1, p. 94-99, 2012. doi: 10.1111/j.1747-4949.2011.00722.x.

FORSBERG-WARLEBY, G.; MOLLER, A.; BLOMSTRAND, C. Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 18, n. 4, 2004. doi: 10.1191/0269215504cr740oa.

GREENWOOD, N. et al. Managing uncertainty after stroke: a qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 46, n. 8, p. 1122-1133, 2009. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.01.

GRANT, J. S. et al. Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. **International Journal of Rehabilitation Research**, Rheinstetten, v. 27, n. 2, p. 105-111, 2004. doi: 10.1097/01.mrr.0000127639.47494.e3.

HINOJOSA, M. S.; RITTMAN, M. R. Stroke caregiver information needs: comparison of Mainland and Puerto Rican caregivers. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, Washington, v. 44, n. 5, 2007. doi: 10.1682/JRRD.2006.10.0131.

HEUGTEN, C. et al. Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 38, n. 3, p. 153-158, 2006. doi: 10.1080/1650197050044189.

KALRA, L. et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 328, p. 1-5, 2004. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7448.1099>.

KREVERS, B.; OBERG, B. Support /services and family carers of persons with stroke impairment: perceived importance and services received. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 43, n. 3, p. 204–209, 2011. doi: 10.2340/16501977-0649.

KIM, S. S. et al. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. **International Nursing Review**, Geneve, v. 59, n. 3, p. 369–375, 2012. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x.

LEGG, L. A. et al. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 10, CD008179, 2011. doi: 10.1002/14651858.CD008179.pub2.

LARSON, J. et al. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 14, n. 8, p. 995-1003, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01206.x.

LOUPIS, Y. M.; FAUX, S. G. Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, Philadelphia, v. 22, n. 6, p. 883-893, 2013. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.12.003.

MORES, G. et al. Pilot evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**, Toronto, v. 35, n. 2, p. 18-26, 2013. Disponível em: <<http://cann.ca/~ASSETS/DOCUMENT/ARTICLES/cjnn-35-2-2013-mores.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

MACKENZIE, A. et al. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 29, n. 2, p. 111-121, 2007. doi: 10.1080/09638280600731599.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

O'CONNELL, B.; BAKER, L.; PROSSER, A. The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings. **J Neurosci Nurs**, v. 35, n. 1, p. 21–28, 2003. doi: 10.1097/01376517-200302000-00006.

OSTWALD, S. K. et al. Evidencebased educational guidelines for stroke survivors after discharge home. **Journal of Neuroscience Nursing**, Park Ridge, v. 40, n. 3, p. 173-179, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18578276>>. Acesso em: 8 ago. 2014.

PELLERIN, C.; ROCHETTE, A.; RACINE, E. Social participation of relatives poststroke: the role of rehabilitation and related ethical issues. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 33, n. 13-14, p. 1055-1064, 2011. doi: 10.3109/09638288.2010.524272.

SMITH, J. et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 2, CD001919, 2008. doi: 10.1002/14651858.CD001919.pub2.

SMITH, L. N. et al. Informal carers' experience of caring for stroke survivors. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 46, n. 3, p. 235–244, 2004. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02983.x.

SKI, C.; O'CONNELL, B. Stroke: The increasing complexity of carer needs. **Journal of Neuroscience Nursing**, Park Ridge, v. 39, n. 3, 172–179, 2007. doi: 10.1097/01376517-200706000-00008.

TOOTH, L. et al. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. **Brain Injury**, London, v. 19, n. 12, p. 963–974, 2005. doi: 10.1080/02699050500110785.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124–131, 2006. doi: 10.1590/S0104-11692006000100017.

VISSER-MEILY, J. M. A. et al. Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 18, n. 6, p. 601–623, 2004. doi: 10.1191/0269215504cr776a.

VISSER-MEILY, A. et al. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 56, n. 3, p. 257–67, 2005. doi: 10.1016/j.pec.2004.02.013.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011. doi: 10.1590/S010411692011000200028 .

VILAR, A. M. A.; ANDRADE, M.; ALVES, M. R. S. Discharge of children with stomas: integrative literature review. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 10, p. 145–152, 2013. doi: 10.12707/RIII12113.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

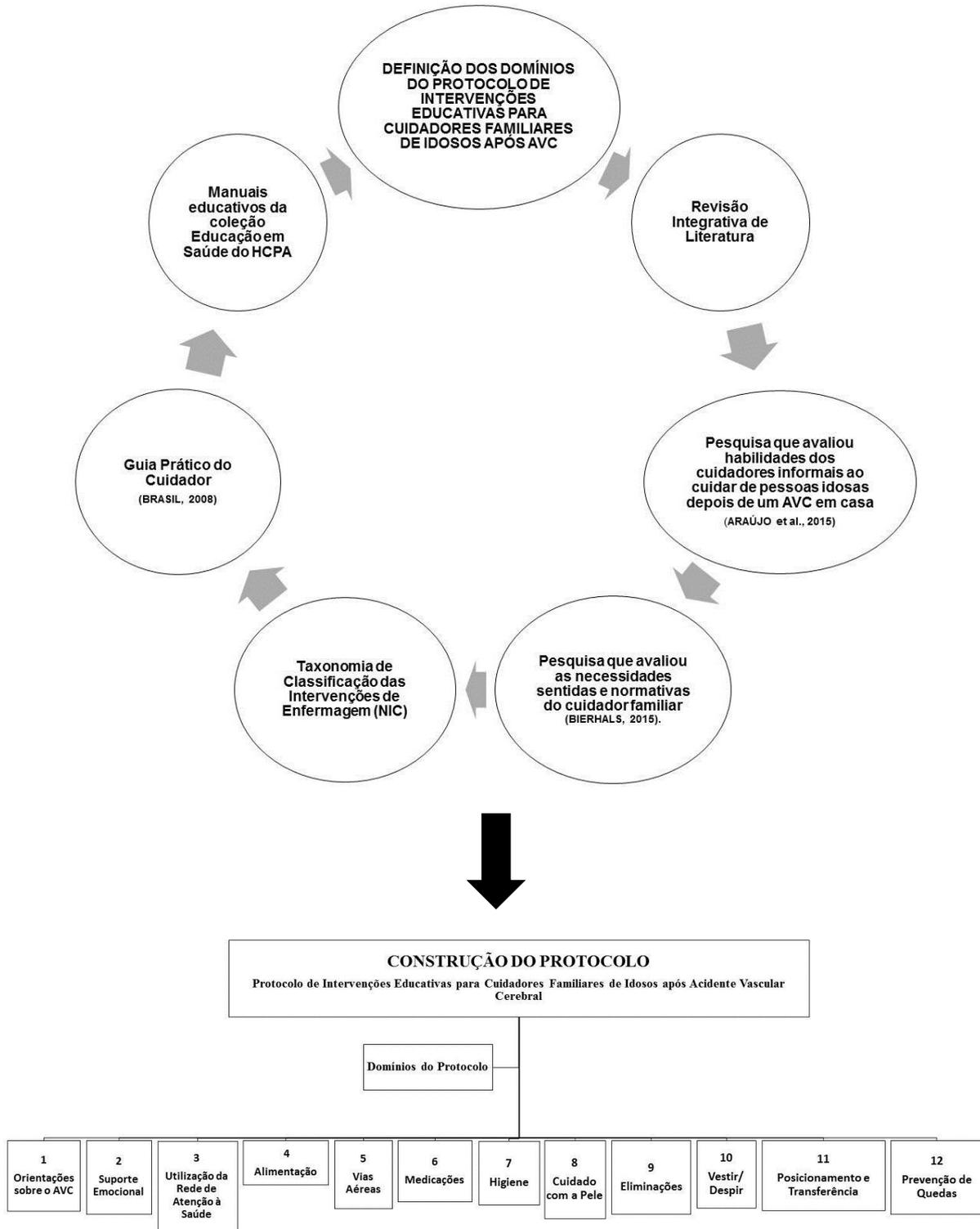
6.1.2 Protocolo Preliminar de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral

A construção do protocolo preliminar (Apêndice A) deu-se por meio da revisão apresentada anteriormente, por um estudo desenvolvido em Portugal que apresenta as habilidades de autocuidado dos cuidadores informais de idosos após AVC (ARAÚJO et al., 2015), e por uma investigação realizada pelo grupo de pesquisa da autora sobre as necessidades dos cuidadores familiares de idosos (BIERHALS, 2015). Além destas investigações, as orientações contidas na Taxonomia de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), no Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2007) e nos manuais educativos da Coleção Educação e Saúde do HCPA também nortearam a escolha dos domínios.

A definição dos domínios baseou-se nos seguintes critérios: atividades de cuidado frequentemente realizadas pelo cuidador familiar; atividades que os cuidadores necessitam de orientações e suporte dos profissionais de saúde para realizá-las de maneira adequada; aspectos relacionados tanto ao idoso acometido por AVC quanto ao seu cuidador. Destaca-se que os domínios contemplaram tanto atividades de autocuidado, quanto aspectos relacionados à rede de atenção a saúde, suporte emocional e orientações sobre a doença. Assim, a versão preliminar do protocolo incluiu 12 domínios, considerados os mais relevantes para orientar os cuidadores familiares de idosos após AVC em seu cotidiano, como: Orientações sobre o AVC; Suporte emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Vias aéreas; Medicamentos; Higiene; Cuidado com a pele; Eliminações; Vestir/despir; Posicionamento e transferência, Prevenção de quedas.

Com o intuito de tornar o protocolo completo quanto às informações e atender às demandas desde o idoso com menor complexidade de cuidado até àqueles mais dependentes, optou-se por dividir os domínios em itens com suas respectivas orientações de cuidado. Tais orientações foram selecionadas, da NIC, do Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2007), manuais educativos do HCPA e da literatura atualizada. A Figura 1 apresenta as etapas de construção Protocolo Preliminar. Os domínios do protocolo preliminar com seus respectivos itens estão apresentados no Quadro 1.

Figura 1 – Representação gráfica da construção do Protocolo Preliminar



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quadro 1 – Domínios do Protocolo Preliminar com seus respectivos itens

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral	
DOMÍNIOS	ITENS DO DOMÍNIO
1 Orientações sobre o AVC	1. Orientações gerais
2 Suporte Emocional	1. Apoio ao Cuidador
	2. Apoio Emocional ao Cuidador e Idoso
	3. Redução da Ansiedade do Cuidador e Idoso
3 Utilização da Rede de Atenção à Saúde	1. Acesso a Rede de Saúde
	2. Medicação Especial - Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
	3. Dietas Enterais ou Suplementos Nutricionais- Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
	4. Fralda
	5. Material de curativo
4 Alimentação	1. Via oral
	2. NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com sondas
	3. NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas
	4. Preparação da dieta artesanal
	5. Administração da dieta artesanal e industrializada
	6. PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios
	7. Problemas com sondas em geral (SNE, GAS, JEJ)
5 Vias Aéreas	1. Limpeza da traqueostomia
	2. Aspiração da Traqueostomia
6 Medicações	1. Orientações gerais sobre medicações
	2. VIA SONDA: cuidado na administração de medicamentos
	3. VIA ORAL: cuidado na administração de medicamentos
	4. ANTICOAGULANTE ORAL: cuidado na administração de medicamentos
	5. SUBCUTÂNEA - cuidados com a insulina
7 Higiene	1. Cuidados com o banho de chuveiro
	2. Cuidados com o banho de leito
	3. Higiene oral e cuidados com a boca
8 Cuidado com a Pele	1. Evitando úlceras por pressão
	2. Cuidados com assaduras
9 Eliminações	1. Troca de fralda
	2. Uso do vaso sanitário
	3. Sonda vesical de alívio
	4. Sonda vesical de demora
	5. Bolsa de colostomia/ileostomia
10 Vestir/ Despir	1. Orientações gerais
11 Posicionamento e Transferência	1. Posicionamento na cama para idosos dependentes
	2. Transferência
12 Prevenção de Quedas	1. Orientações gerais

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.2 Segunda etapa: Pré-Teste

6.2.1 Caracterização dos participantes do Pré-Teste

Participaram oito especialistas da equipe multidisciplinar da UCE-AVC do HCPA. Dessa forma, obteve-se a adesão ao estudo de um representante por profissão que compõe a equipe multidisciplinar, sendo: enfermeiro; farmacêutico, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social e psicólogo.

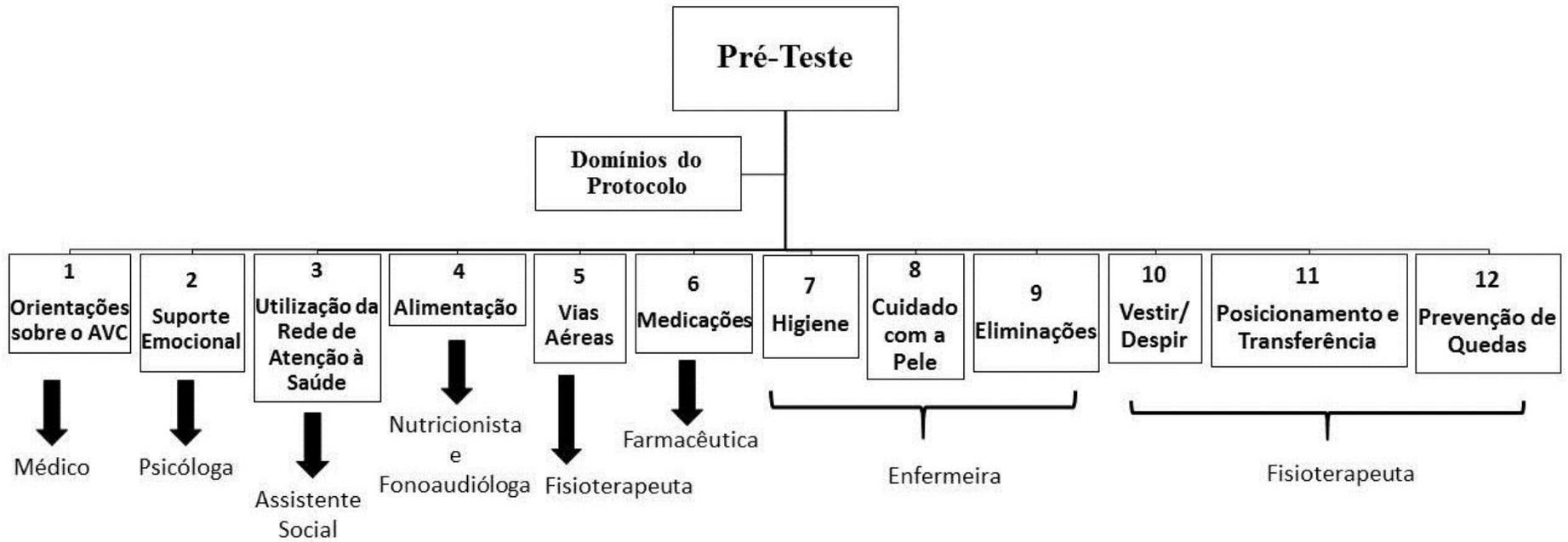
Os participantes dessa etapa eram todos do sexo feminino. A média de idade foi de 37,5 anos (\pm 7,6 anos) e 50% exerciam alguma atividade de pesquisa. O tempo de formação foi, em média, 11,5 anos (\pm 4,7 anos). Quanto ao nível de formação, 50% possuíam especialização, 37,5% mestrado acadêmico, e 12,5% eram doutores. Em relação ao tempo de experiência no trabalho atual, metade encontrava-se na faixa de 5 a 10 anos.

6.2.2 Resultados obtidos no Pré-Teste

Os especialistas apontaram alterações e/ou inclusões nas orientações dos domínios. A Figura 2 apresenta os domínios do Protocolo Preliminar e qual domínio de orientações cada especialista ficou responsável por avaliar.

A versão do protocolo final do pré-teste encontra-se no apêndice (F).

Figura 2 – Domínios do Protocolo Preliminar avaliado por cada especialista no pré-teste



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 2, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Orientações sobre o Acidente Vascular Cerebral* que foram sugeridas pela médica que compõe a equipe multidisciplinar de atenção ao paciente com AVC e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 2 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 1- *Orientações sobre o Acidente Vascular Cerebral*, Porto Alegre/RS, 2016

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
ORIENTAÇÃO GERAIS		
1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.	Incluir: - É um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas. - Alterar vasos sanguíneos do sistema nervoso central por vasos sanguíneos cerebrais.	Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.
	Inclusão de nova orientação: Prevenindo um novo AVC: controle a hipertensão arterial; controle o diabetes; controle os níveis de colesterol; controle as cardiopatias, especialmente a fibrilação atrial, que requer o uso de medicação anticoagulante e controle frequente e contínuo pelo profissional de saúde; evite o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e o consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras.	Prevenindo um novo AVC: controle a hipertensão arterial; controle o diabetes; controle os níveis de colesterol; controle as cardiopatias, especialmente a fibrilação atrial, que requer o uso de medicação anticoagulante e controle frequente e contínuo pelo profissional de saúde; evite o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e o consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 3, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Suporte Emocional*, que foram sugeridas pela psicóloga e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 3 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 2- *Suporte Emocional*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR Domínio 2 - Suporte Emocional	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
APOIO AO CUIDADOR		
4. Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades.	Estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família, não descuidar da sua saúde física e emocional.	Estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família e não descuidar da sua saúde física e emocional.
	Inclusão de nova orientação: -Reforçar estratégias do cuidador de enfrentamento de momentos de crise. -Estimular o cuidador a buscar ajuda quando não se sentir seguro em fazer algum manejo.	-Reforçar estratégias do cuidador de enfrentamento de momentos de crise. -Estimular o cuidador a buscar ajuda quando não se sentir seguro em fazer algum manejo.
APOIO EMOCIONAL AO CUIDADOR E IDOSO		
2. Encorajar o diálogo ou choro como formas de reduzir a resposta emocional.	Encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal entendidos.	Encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal entendidos.
4. Fazer declarações de apoio e empatia.	Mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e idoso.	Mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e idoso.
	Inclusão de nova orientação: - Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).	Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).

REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO		
	Inclusão de nova orientação: Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e idoso, expressando-se de forma clara e objetiva.	Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e idoso, expressando-se de forma clara e objetiva.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 4, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Utilização da Rede de Atenção à Saúde*, que foram sugeridas pela assistente social e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 4 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 3- *Utilização da Rede de Atenção à Saúde*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
ACESSO A REDE DE SAÚDE		
1. Orientar como fazer o Cartão SUS: pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa; basta se dirigir até uma unidade de saúde mais próxima de sua residência, com os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento e número de PIS/PASEP (se tiver).	Para fazer o cartão é necessário ir na unidade de saúde de referência e precisa levar, junto com estes documentos, comprovante de endereço.	Orientar como fazer o Cartão SUS: pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa; basta se dirigir a unidade de saúde de referência e precisa levar junto os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento, comprovante de residência e número de PIS/PASEP (se tiver).
2. Em caso do cuidador e o idoso não possuir cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procure o posto de saúde mais próximo da sua casa com os seguintes documentos: Cartão SUS; Comprovante de residência; Identidade e CPF.	Nunca é o posto de saúde mais próximo e sim o posto de saúde de referência, pois a cidade está dividida em regiões e cada posto dá conta de uma região específica (eles possuem uma listagem com as ruas que atendem).	Em caso do cuidador e o idoso não possuírem cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procurem o posto de saúde de referência, com os seguintes documentos: cartão SUS; comprovante de residência; identidade e CPF.
FRALDA		
1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares, documentação necessária: laudo médico de profissional vinculado ao SUS (com validade de seis meses), constando o diagnóstico da doença (CID), o tamanho das fraldas (GG, G, M, P), quantidade/mês; identidade e CPF do idoso e cuidador; procuração do cuidador com plenos poderes.	O paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações: a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina -CRM, assinatura e endereço do consultório; b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico; c) nome e endereço residencial do paciente;	1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares: o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações: a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina - CRM, assinatura e endereço do consultório; b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico; c) nome e endereço residencial do paciente;

	<p>d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas).</p> <p># Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos:</p> <p>I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e</p> <p>II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.</p> <p># A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias.</p> <p># A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo.</p> <p># A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.</p>	<p>d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas).</p> <p># Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos:</p> <p>I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e</p> <p>II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.</p> <p># A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias.</p> <p># A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo.</p> <p># A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.</p>
MATERIAL DE CURATIVO		
2. Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo.	Orientar que sempre o cuidador verifique na unidade de saúde o que é ofertado.	Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo. Obs: Orientar que sempre o cuidador verifique na unidade de saúde o que é ofertado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 5, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Alimentação*, que foram sugeridas pela fonoaudióloga e a nutricionista e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 5 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 4- *Alimentação*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com sondas		
1. Lavar a sonda com 20ml de água morna fervida ou filtrada, após a administração de cada frasco de dieta.	Lavar a sonda uma vez	Lavar a sonda uma vez com 20ml de água morna fervida ou filtrada, após a administração de cada frasco de dieta.
PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL		
4. Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 12 horas.	Alterar: por no máximo 24 horas.	Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 24 horas.
ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA		
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 40 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.	Alterar: injetar na sonda 20 mL de água filtrada ou fervida	Ao terminar a dieta, injetar na sonda 20 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios		
5. O equipo e os frascos podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente.	Incluir: -frascos descartáveis; - podendo ser utilizando novamente até 72 horas.	O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente até 72 horas.

PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)		
1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta.	Incluir: reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde.	Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 6, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Vias Aéreas*, que foram sugeridas pela fisioterapeuta e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 6 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 5- *Vias Aéreas*, Porto Alegre/RS, 2016

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
ASPIRAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA		
5. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado.	Sugiro inserir o cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia.	Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado. Cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia.
10. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro.	Aqui sugiro inserir que a sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, e após deverá ser feita a limpeza do látex. Creio que deve ser bem frisado que a sonda de aspiração é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.	Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. A sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, pois é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 7, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Medicações*, que foram sugeridas pela farmacêutica e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 7 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 6- *Medicações*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 6 – MEDICAÇÕES	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES		
2. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àquelas que necessitem de refrigeração devem ser guardadas na geladeira.	-Não usar medicamentos vencidos. -Os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira. Ex: insulina.	Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitem de refrigeração devem ser guardados na geladeira (os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira). Ex: insulina.
5. Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas.	Em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde.	Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas. Em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde.
6. Não modifique a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses de medicações, sem a orientação de um profissional qualificado.	Não pare de tomar um medicamento contínuo por conta própria sem a orientação de um profissional qualificado.	Não modifique a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses dos medicamentos, ou pare de tomar um medicamento contínuo por conta própria sem a orientação de um profissional qualificado.
8. Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, pois muitos são considerados medicamentos e podem interferir no efeito desejado da medicação que ele está utilizando.	Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo o efeito desejado. (Ex: <i>Ginseng</i> , <i>Ginkgo Biloba</i> ...)	Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo o efeito desejado. (Ex: <i>Ginseng</i> , <i>Ginkgo Biloba</i> ...)

10. Não utilize medicamentos indicados por outras pessoas sem prescrição médica.	Não utilize medicamentos por conta própria ou indicados por outras pessoas, pois na tentativa de ajudar podem agravar seu estado de saúde.	Não utilize medicamentos por conta própria ou indicados por outras pessoas, pois na tentativa de ajudar podem agravar seu estado de saúde
11. Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados.	Para ajudar a lembrar os horários de tomar os medicamentos ajuste os horários das tomadas com as atividades diárias, como escovar os dentes, horários das refeições ou de deitar.	Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados. Para ajudar a lembrar os horários de tomar os medicamentos ajuste os horários das tomadas com as atividades diárias, como escovar os dentes, horários das refeições ou de deitar.
	<p>Inclusão de novas orientações:</p> <p>-Se tiver qualquer um destes sintomas durante o tratamento: náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, lembre de informar o seu médico.</p> <p>-Ao procurar estabelecimentos de saúde lembre-se de sempre ter consigo a última prescrição dos medicamentos em uso, pois esta informação é muito importante para os profissionais que irão lhe atender.</p>	<p>-Se tiver qualquer um destes sintomas durante o tratamento: náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, lembre de informar o seu médico.</p> <p>-Ao procurar estabelecimentos de saúde lembre-se de sempre ter consigo a última prescrição dos medicamentos em uso, pois esta informação é muito importante para os profissionais que irão lhe atender.</p>
VIA SONDA: cuidado na administração de medicamentos		
1. Realizar “lavagem” da sonda com água antes de administrar o medicamento.	Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20 mL de água filtrada ou fervida fria.	Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20 mL de água filtrada ou fervida fria.

<p>2. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar toda medicação.</p>	<p>Preparar o medicamento a ser administrado, colocando o comprimido/cápsula em um recipiente de vidro. Com auxílio de uma colher, pressionar o comprimido contra o fundo do recipiente até que se transforme em pó, se o medicamento for uma cápsula somente abra e despeje o conteúdo em pó no recipiente de vidro. Adicione 20 mL de água.</p>	<p>Preparar o medicamento a ser administrado, colocando o comprimido/cápsula em um recipiente de vidro. Com auxílio de uma colher, pressionar o comprimido contra o fundo do recipiente até que se transforme em pó, se o medicamento for uma cápsula somente abra e despeje o conteúdo em pó no recipiente de vidro. Adicione 20 mL de água. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar todo medicamento.</p>
<p>3. Administrar cada medicamento separadamente via sonda.</p>	<p>Se tiver mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente. Entre administração dos medicamentos a sonda deve ser lavada com 5 mL de água.</p>	<p>Se tiver mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente. Entre administração dos medicamentos a sonda deve ser lavada com 5 mL de água.</p>
<p>4. Sempre após a administração do medicamento, lavar bem a seringa com água e guardar em local seco e arejado.</p>		
	<p>Inclusão de nova orientação: Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes e nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.</p>	<p>Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes e nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.</p>
<p>VIA ORAL: cuidado na administração de medicamentos</p>		
<p>2. Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu.</p>	<p>Evitar tomar o medicamento com leite, chás e refrigerantes.</p>	<p>Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu. Evitar tomar o medicamento com leite, chás e refrigerantes.</p>

	<p>Inclusão de nova orientação:</p> <p>A presença de alimentos e os intervalos de jejum devem ser seguidos com cuidado, pois podem favorecer ou prejudicar o efeito desejado no tratamento. Se o medicamento deve ser tomado em jejum (estômago vazio) ingerir pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após a refeição.</p>	<p>A presença de alimentos e os intervalos de jejum devem ser seguidos com cuidado, pois podem favorecer ou prejudicar o efeito desejado no tratamento. Se o medicamento deve ser tomado em jejum (estômago vazio) ingerir pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após a refeição.</p>
ANTICOAGULANTE ORAL: cuidado na administração de medicamentos		
2. Estar atento a sangramento na: gengiva; nariz; manchas roxas na pele; urina; fezes; catarro; vômito.	<p>Estar atento a sangramentos espontâneos (gengiva; nariz; manchas roxas na pele; urina; fezes; catarro; vômito) e caso ocorram procurar imediatamente serviço de saúde para avaliação médica.</p>	<p>Estar atento a sangramentos espontâneos (gengiva, nariz, manchas roxas na pele, urina, fezes, catarro, vômito) e caso ocorram procurar imediatamente serviço de saúde para avaliação médica.</p>
3. Evitar o uso de analgésicos como AAS ou Aspirina, pois podem causar irritação no estômago e sangramento.	<p>Não usar medicamentos por conta própria, principalmente anti-inflamatórios como Cataflam (diclofenaco potássico) Voltaren (diclofeno de sódico) e ibuprofeno. Evitar o uso de analgésicos que contenha ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina) pois, podem causar irritação no estômago e sangramento.</p>	<p>Não usar medicamentos por conta própria, principalmente anti-inflamatórios como Cataflam (diclofenaco potássico), Voltaren (diclofenaco sódico) e ibuprofeno. Evitar o uso de analgésicos que contenham ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina), pois podem causar irritação no estômago e sangramento.</p>

5. Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento.	Estes alimentos podem ser consumidos pelo paciente idoso, mas em pequenas porções.	Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento. Estes alimentos podem ser consumidos pelo paciente idoso, mas em pequenas porções.
	Inclusão de novas orientações: -Fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico. -Evitar quedas ou batidas. -Comunicar sempre o uso deste medicamento ao dentista ou a médicos de outras especialidades.	-Fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico. -Evitar quedas ou batidas. -Comunicar sempre o uso deste medicamento ao dentista ou a médicos de outras especialidades.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 8, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Higiene*, que foram sugeridas pela enfermeira e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 8 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 7- *Higiene*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 7 – HIGIENE	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO		
3.Colocar o idoso sentado em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com uma toalha para não escorregar.	Com encostos laterais e posterior	Colocar o idoso sentado em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com encostos laterais e posterior.
4.Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para evitar quedas.	Substituir evitar por prevenir	Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para prevenir quedas.
8.Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço.	Apoiar o braço comprometido sobre a perna do idoso.	Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço. Após, apoiar o braço comprometido sobre a perna do idoso.
CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO		
9.Lave os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado sabonete. Enxágüe o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.	Incluir pescoço.	Lave o pescoço, os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado sabonete. Enxágüe o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.
14.Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e colocar a comadre em baixo do quadril.	Incluir: higienizar órgãos genitais e região inguinal. Após, lateralizar o idoso e higienizar região anal. Retirar: colocar a comadre em baixo do quadril.	Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e higienizar órgãos genitais e região inguinal. Após, lateralizar o idoso e higienizar região anal.
16.No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca.	Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento da glande	No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento da glande.

18.Utilizar sempre panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele.	Este item poderia ser colocado no início das orientações	Utilizar sempre panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele.
	<p>Inclusão de novas orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar duas bacias com água morna, testando a temperatura da água. Uma será utilizada com sabonete, a outra para enxaguar a pele. - Lave os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar duas bacias com água morna, testando a temperatura da água. Uma será utilizada com sabonete, a outra para enxaguar a pele. - Lave os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano.
HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA		
6.Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilize uma escova de cerdas macia.	Se dispor, utilize uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário enrole a gaze no dedo indicador já protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral.	Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilize uma escova de cerdas macias. Se dispor, utilize uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário enrole a gaze no dedo indicador já protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 9, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões relativas ao domínio *Cuidados com a pele*, que foram sugeridas pela enfermeira e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 9 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 8- *Cuidados com a pele*, Porto Alegre/RS, 2016

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 8 - CUIDADOS COM A PELE	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO		
1. Proteja o colchão com plástico na região das nádegas, e coloque um lençol macio. A pele não deve ficar em contato com o plástico.	Lençol macio dobrado ao meio.	Proteja o colchão com plástico na região das nádegas e coloque um lençol macio dobrado ao meio. A pele não deve ficar em contato com o plástico.
CUIDADOS COM ASSADURAS		
	Inclusão de nova orientação: Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco) a cada troca.	Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco) a cada troca.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 10, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões que fazem parte do domínio *Eliminações*, que foram sugeridas pela enfermeira e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 10 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 9- *Eliminações*, Porto Alegre/RS, 2016

(continua)

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 9 – ELIMINAÇÕES	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
TROCA DE FRALDA		
1. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca.	Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento	No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento.
	Inclusão de nova orientação: Lateralizar o idoso com auxílio de um lençol dobrado no centro da cama para higienizar as nádegas, se o mesmo tiver condições peça que auxilie nos movimentos.	Lateralizar o idoso com auxílio de um lençol dobrado no centro da cama para higienizar as nádegas, se o mesmo tiver condições peça que auxilie nos movimentos.
USO DO VASO SANITÁRIO		
1. Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso evitando quedas.	Substituir evitando por prevenindo.	Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso prevenindo quedas.

SONDA VESICAL DE ALÍVIO		
<p>1. Como realizar: lavar as mãos e a parte genital com água e sabão; reunir o material em lugar limpo; posicionar o idoso de maneira confortável; aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar; nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la; quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente; medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia; após, lavar as mãos.</p>	<p>Massagear a região da bexiga até parar de drenar a urina;</p>	<p>Como realizar: lavar as mãos e a parte genital com água e sabão; reunir o material em lugar limpo; posicionar o idoso de maneira confortável; aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar; nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la; massagear a região da bexiga até parar de drenar a urina; quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente; medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia; após, lavar as mãos.</p>
<p>2. Dicas: A mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. · Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda; · Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde; · Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: - até 100 mL: nenhuma sondagem; - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia; - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia; - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia; - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.</p>	<p>Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira</p>	<p>Dicas: a mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira. · Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda; · Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde; · Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: - até 100 mL: nenhuma sondagem; - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia; - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia; - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia; - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.</p>

BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA		
<p>2. Esvaziamento da bolsa: a bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia; abra o clampe/grampo e deixe as fezes escorrerem em um recipiente; para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do estoma esteja bem seca, se necessário utilize um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele; limpe o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro.</p>	<p>Acrescentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Após esvaziar a bolsa a mesma pode ser higienizada embaixo do chuveiro - Dobre o orifício da bolsa e feche-a com clampe/grampo 	<p>Esvaziamento da bolsa: a bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia; abra o clampe/grampo e deixe as fezes escorrerem em um recipiente; após esvaziar a bolsa a mesma pode ser higienizada embaixo do chuveiro; para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do estoma esteja bem seca, se necessário utilize um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele; limpe o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro; dobre o orifício da bolsa e feche-a com clampe/grampo.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Domínio 10- *Vestir/Despir* não ocorreu nenhuma alterações e/ou inclusões, avaliado pela fisioterapeuta.

No Quadro 11, estão apresentadas as alterações e/ou inclusões que fazem parte do domínio *Transferência/Posicionamento*, que foram sugeridas pela fisioterapeuta e a versão final das orientações após alterações.

Quadro 11 – Alterações e/ou inclusões do Domínio 11- *Transferência/Posicionamento*, Porto Alegre/RS, 2016

PROTOCOLO PRELIMINAR DOMÍNIO 11- TRANSFERÊNCIA/POSICIONAMENTO	ALTERAÇÕES SUGERIDAS	VERSÃO FINAL 2ª ETAPA
POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES		
	Inclusão de novas orientações: -Cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro. -Nunca puxe o idoso pelo braço afetado, utilize sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.	-Cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro. -Nunca puxe o idoso pelo braço afetado, utilize sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.
TRANSFERÊNCIA		
	Inclusão de nova orientação: Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilize travesseiros nas laterais da poltrona.	Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilize travesseiros nas laterais da poltrona.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Domínio 12- *Prevenção de quedas*, não ocorreu nenhuma alterações e/ou inclusões, avaliado pela fisioterapeuta.

6.3 Terceira etapa: validação do protocolo de intervenção educativa por meio da Técnica Delphi

6.3.1 Caracterização dos enfermeiros participantes da Técnica Delphi

Foram convidados a participar do estudo 320 enfermeiros; destes, compuseram a primeira rodada 42 enfermeiros, que responderam ao questionário.

Na segunda e última rodada da Técnica Delphi, as orientações dos domínios do protocolo foram enviadas aos 42 respondentes da primeira rodada obteve-se o retorno de 36 participantes (85,7%), atingindo um índice de abstenção de 14,3%.

Na Tabela 1, são apresentados os dados de caracterização dos enfermeiros para cada rodada da Técnica Delphi.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de formação da amostra de enfermeiros participantes do painel Delphi, na primeira rodada e segunda rodada, dados de identificação, Brasil, 2016

(continua)		
Variáveis	1ª rodada (n=42)	2ª rodada (n=36)
Idade (anos) - média ± DP*	39,2 ± 9,6	39,1 ± 10,1
Sexo – n (%)		
Feminino	37 (88,1)	32 (88,9)
Masculino	5 (11,9)	4 (11,1)
Trabalha – n (%)		
Sim	40 (95,2)	35 (97,2)
Não	2 (4,8)	1 (2,8)
Pesquisador - n (%)		
Sim	26 (61,9)	22 (61,1)
Não	16 (38,1)	14 (38,9)
Tempo de formação (anos) – média ± DP	15,1 ± 10,5	15,1 ± 11
Categorização tempo de formação - n(%)		
< 5 anos	6 (14,3)	5 (13,9)
5 a 9 anos	11 (26,2)	10 (27,8)
10 a 15 anos	9 (21,4)	8 (22,2)
16 a 20 anos	6 (14,3)	4 (11,1)
> 20 anos	10 (23,8)	9 (25)
Pós-graduação - n (%)		
Sim	42 (100)	36 (100)

(conclusão)

Maior nível de formação – n (%)		
Especialização	14 (33,3)	13 (36,1)
Mestrado acadêmico	17 (40,5)	13 (36,1)
Mestrado profissional	2 (4,8)	1 (2,8)
Doutorado	9 (21,4)	9 (25)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na Tabela 2, são apresentados dados referentes à atuação dos enfermeiros participantes da Técnica Delphi.

Tabela 2 – Caracterização da atuação profissional dos enfermeiros participantes do painel Delphi, na primeira rodada e segunda rodada, Brasil, 2016

Variáveis	1ª rodada (n=42)	2ª rodada (n=36)
Região de atuação - n (%)		
Sul	20 (47,6)	19 (52,8)
Sudeste	12 (28,6)	11 (30,5)
Centro-Oeste	1 (2,4)	1 (2,8)
Nordeste	8 (19)	5 (13,9)
Norte	1 (2,4)	0 (0)
Tempo de experiência no trabalho atual* – n (%)		
≤ 1 ano	3 (7,7)	3 (8,8)
1 a 4 anos	9 (23,1)	8 (23,5)
5 a 10 anos	14 (35,9)	12 (35,3)
> 10 anos	13 (33,3)	11 (32,4)
Atual área de atuação** - n (%)		
Atenção Primária à Saúde	13 (32,5)	9 (25,7)
Instituição Hospitalar Privada	1 (2,5)	1 (2,9)
Instituição Hospitalar Pública	7 (17,5)	6 (17,1)
Instituição de Ensino Público	8 (20)	8 (22,9)
Instituição de Ensino Privado	5 (12,5)	5 (14,3)
Outros	6 (15)	6 (17,1)

* n = 39 (1ª rodada); n = 34 (2ª rodada)

** n = 40 (1ª rodada); n = 35 (2ª rodada)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os enfermeiros participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino. A média de idade foi: 39,2 anos ($\pm 9,8$ anos) na 1ª rodada e 39,1 anos ($\pm 10,1$ anos) na 2ª rodada. A maior parte dos especialistas exerciam atividade de pesquisa, correspondendo a 61,9% na primeira rodada e 61,1% na segunda rodada.

Todos os especialistas que compuseram a primeira e segunda rodada possuíam pós-graduação, destacando-se que na primeira rodada, 40,5% possuíam mestrado acadêmico. Quanto às áreas de atuação, destacou-se à atenção primária a saúde com 32,5% na primeira

rodada, e 25,7% na segunda rodada. Quando analisado o currículo dos mesmos na Plataforma Lattes, todos tinham alguma atuação profissional ou publicações na área de atenção domiciliar.

6.3.2 Resultados obtidos na Técnica Delphi

6.3.2.1 Resultados da primeira rodada do painel Delphi

Na primeira rodada do estudo foram apresentados 12 domínios, com seus respectivos itens e orientações. Destas, não atingiram o consenso de 75% de concordância estipulado três orientações no domínio utilização da rede de atenção à saúde, uma no domínio alimentação e uma no domínio eliminações. Foi sugerido ainda complementar as orientações já existentes nos domínios: orientações sobre o AVC, suporte emocional, alimentação e medicações.

Foram sugeridas novas orientações nos domínios: orientações sobre o AVC; suporte emocional; utilização da rede de atenção à saúde; alimentação; cuidados com a pele; eliminações; medicações. Além disso, também foram sugeridas inclusões de novos itens no domínio vias aéreas (limpeza do aspirador e do copo de aspiração e aspiração nasofaríngea e orofaríngea) e no domínio higiene (higiene dos pés).

Destaca-se que as sugestões de acrescentar ou alterar apenas palavras, termos, ou correções de português, não voltaram para a segunda rodada porque não implicaram em alteração no sentido e porque atingiram a concordância mínima estabelecida de 75%. Voltaram para a segunda rodada aqueles domínios, itens e orientações para os quais foram sugeridas inclusões no protocolo ou aqueles que tiveram sugestão de complementação com mudança da orientação de cuidado, mesmo tendo atingido a concordância mínima de 75%.

Os resultados são apresentados por domínios, conforme as tabelas a seguir. A última coluna indica o percentual de concordância para cada orientação, isto é, a soma dos percentuais de respostas 4 e 5, “Concordo” e “Concordo plenamente”, respectivamente.

Na Tabela 3, são apresentados os percentuais de respostas para as orientações do domínio “Orientações sobre o Acidente Vascular Cerebral”. Observa-se que todas as orientações atingiram o consenso.

Tabela 3 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 1 - *Orientações sobre o Acidente Vascular Cerebral, Brasil, 2016*

DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
ORIENTAÇÕES GERAIS						
1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	20 (47,6)	19 (45,2)	92,8
2. Explicar os tipos de AVC: AVC isquêmico: É quando ocorre uma obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no cérebro. AVC hemorrágico: É uma ruptura espontânea de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro.	0 (0)	2 (4,8)	0 (0)	16 (38,1)	24 (57,1)	95,2
3. Conhecer sinais e sintomas do AVC. Ficar atento aos seguintes sinais súbitos: fraqueza ou formigamento na face, no braço ou na perna, especialmente em um lado do corpo; confusão, alteração da fala ou compreensão; alteração na visão (em um ou ambos os olhos); alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	13 (31)	26 (61,9)	92,9
4. Conhecer fatores de risco do AVC: hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto, fumo e sedentarismo.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8
5. Prevenindo um novo AVC: controle a hipertensão arterial; controle o diabetes; controle os níveis de colesterol; controle as cardiopatias, especialmente a fibrilação atrial, que requer o uso de medicação anticoagulante e controle frequente e contínuo pelo profissional de saúde; evite o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e o consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras.	1 (2,4)	1 (2,4)	1 (2,4)	11 (26,2)	28 (66,6)	92,8

*1) Discordo plenamente; 2) Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Domínio 2 - Suporte Emocional, também encontrou consenso entre os participantes em todas as orientações, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 2 - *Suporte Emocional*, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
APOIO AO CUIDADOR						
1. Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
2. Informar sobre a condição do idoso e mostrar quais são as necessidades de cuidado do idoso.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
3. Fazer afirmações positivas sobre os esforços e conhecimento do cuidador.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
4. Estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família e não descuidar da sua saúde física e emocional.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
5. Apoiar as decisões do cuidador desde que garantam a segurança do idoso.	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	12 (28,6)	25 (59,5)	88,1
6. Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitário.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
7. Identificar e reforçar a rede de apoio do cuidador.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100
8. Discutir os limites do cuidador com o paciente idoso.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	16 (38,1)	23 (54,8)	92,9
9. Reforçar estratégias do cuidador de enfrentamento de momentos de crise.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
10. Estimular o cuidador a buscar ajuda quando não se sentir seguro em fazer algum manejo.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (14,3)	36 (85,7)	100
APOIO EMOCIONAL AO CUIDADOR E IDOSO						
1. Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	10 (23,8)	27 (64,3)	88,1
2. Encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal entendidos.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
3. Oferecer assistência na tomada de decisão.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	13 (30,9)	28 (66,7)	97,6
4. Mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e idoso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (35,7)	27 (64,3)	100

						(conclusão)
5. Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	15 (35,7)	24 (57,1)	92,8
REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E DO IDOSO						
1. Realizar uma abordagem calma e tranquilizadora.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
2. Oferecer informações de diagnóstico, tratamento e prognóstico.	0 (0)	3 (7,1)	3 (7,1)	16 (38,1)	20 (47,6)	85,7
3. Escutar o idoso e o cuidador com atenção.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
4. Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e paciente, expressando-se de forma clara e objetiva.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na Tabela 5, é apresentada a distribuição das respostas do Domínio 3 - Utilização da Rede de Atenção à Saúde da primeira rodada do painel Delphi. Somente o item **fralda**, orientação número um, não alcançou consenso com 73,8% de concordância entre os especialistas.

Tabela 5 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 3 - Utilização da Rede de Atenção à Saúde, Brasil, 2016

						(continua)
DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
ACESSO A REDE DE SAÚDE						
1. Orientar como fazer o Cartão SUS: pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa; basta se dirigir a unidade de saúde de referência e precisa levar junto os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento e número de PIS/PASEP (se tiver).	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	8 (19)	29 (69,1)	88,1

(continua)

2. Em caso do cuidador e o idoso não possuírem cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procurem o posto de saúde de referência, com os seguintes documentos: cartão SUS; comprovante de residência; identidade e CPF.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	11 (26,2)	29 (69)	95,2
--	----------	----------	------------	--------------	------------	-------------

MEDICAÇÃO ESPECIAL - Documentação necessária para abertura de processo para solicitação

1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	15 (35,7)	25 (59,5)	95,2
2. Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc.), posologia e duração do tratamento.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8
3. Relatório médico detalhado contendo diagnóstico da doença, história terapêutica prévia, tempo de duração do tratamento e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	18 (42,9)	22 (52,4)	95,3
4. Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está(ão) sendo pedido(s) o(s) medicamento(s).	0 (0)	3 (7,1)	5 (11,9)	12 (28,6)	22 (52,4)	81
6. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de medicamentos especiais.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100

DIETAS ENTERAIS OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS- Documentação necessária para abertura de processo para solicitação

1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	17 (40,5)	22 (52,4)	92,9
2. Receita médica original atualizada e com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e o nome da dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplemento alimentar preferencialmente pela descrição genérica, apresentação, posologia e duração do tratamento.	0 (0)	2 (4,8)	6 (14,3)	13 (31)	21 (50)	81
3. Formulário Cadastro de Usuários.	0 (0)	0 (0)	8 (19)	15 (35,7)	19 (45,2)	80,9

(conclusão)

4. Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN.	0 (0)	0 (0)	5 (11,9)	18 (42,9)	19 (45,2)	88,1
6. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de fórmulas nutricionais especiais.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	19 (45,2)	21 (50)	95,2

FRALDA

1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares: o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações: a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina - CRM, assinatura e endereço do consultório; b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico; c) nome e endereço residencial do paciente; d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas). #Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos: I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG. #A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias. #A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo. #A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.	0 (0)	5 (11,9)	6 (14,3)	7 (16,7)	24 (57,1)	**73,8
--	----------	-------------	-------------	-------------	--------------	---------------

MATERIAL DE CURATIVO

1. Orientar a buscar o serviço de saúde para solicitar o material.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	15 (35,7)	26 (61,9)	97,6
2. Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo. Obs: Orientar que sempre o cuidador verifique na unidade de saúde o que é ofertado.	0 (0)	2 (4,8)	1 (2,4)	17 (40,5)	22 (52,4)	92,9

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.

** Orientação não obteve consenso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto ao Domínio 4 – Alimentação, no item **preparo da dieta: cuidados com utensílios** na orientação cinco, os participantes não estabelecem consenso, remetendo essa orientação para a segunda rodada.

Tabela 6 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 4 – Alimentação, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
VIA ORAL						
1. Estimular que ele faça as refeições sentado. Se possível, dar preferência para a mesa e não à cama.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
2. Posicionar o braço afetado em cima da mesa, ou de um travesseiro, e não deixar o membro caído.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
3. Oferecer alimentos cortados em pedaços menores para facilitar a mastigação.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
4. Oferecer líquidos utilizando um copo, evitando a aspiração.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	15 (35,7)	24 (57,1)	92,8
5. Caso o idoso tenha dificuldade para se alimentar, dê preferência a alimentos líquidos e pastosos como: legumes amassados, purês, sopas, mingau. Evitar alimentos com duas consistências e oferecer em quantidades menores.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
6. Oferecer alimentos com pouco sal, evitando-o sempre que possível.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
7. Fornecer de 6 a 8 copos de líquidos por dia, se não houver restrição.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com sondas						
1. Manter sempre a sonda posicionada, observando a marcação.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
2. Manter fixação da sonda limpa e seca, de forma que não machuque a narina, bochecha ou orelha.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

(continua)

3. Quando necessário o curativo da sonda nasoentérica deve ser trocado. Para troca: Fixar a sonda na bochecha do idoso com pequeno pedaço de esparadrapo; Umedecer uma gaze e passar no curativo até soltar da pele; Desenrolar cuidadosamente o micropore/esparadrapo da sonda; Com gaze umedecida com sabão, higienizar o nariz do idoso; Após secar com gaze e realizar novo curativo com fixação de sonda.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	14 (33,3)	26 (61,9)	95,2
4. Não iniciar a administração por sonda se houver dúvidas quanto ao posicionamento da mesma.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
5. Lavar a sonda uma vez com 20 mL de água morna fervida ou filtrada após a administração de cada frasco de dieta.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	12 (28,6)	27 (64,3)	92,9
6. Nunca misture medicamentos na dieta.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	17 (40,5)	24 (57,1)	97,6
7. Não administre pela sonda: chás, sucos, refrigerantes, sopas ou misturas não prescritas.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	18 (42,9)	23 (54,8)	97,7
8. Manter a sonda fechada se não estiver em uso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso.	1 (2,4)	2 (4,8)	7 (16,7)	12 (28,6)	20 (47,6)	76,2

NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas

1. Troque o curativo do estoma diariamente, após o banho do idoso.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	15 (35,7)	25 (59,5)	95,2
2. Limpe a região com gaze e soro fisiológico ou utilize o sabonete neutro.	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	12 (28,6)	25 (59,5)	88,1
3. Observe as condições da pele ao redor do estoma, se estiver com qualquer alteração procure orientação do serviço de saúde. A troca da sonda de gastrostomia poderá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6

PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL

1. Lavar bem as mãos com água e sabão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
--	----------	----------	----------	-------------	--------------	------------

(continua)

2. Os alimentos da dieta devem ser liquidificados com água fervida ou filtrada.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
3. Se possível, coar a dieta liquidificada para evitar o entupimento da sonda.	1 (2,4)	0 (0)	2 (4,8)	9 (21,4)	30 (71,4)	92,8
4. Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 24 horas.	1 (2,4)	0 (0)	6 (14,3)	12 (28,6)	23 (54,8)	83,4
5. Pendurar o frasco da dieta a uma altura de no mínimo 60 cm.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	11 (26,2)	28 (66,7)	92,9

ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA

1. Se a mistura estiver na geladeira, o volume necessário deve ser separado e colocado no frasco da dieta.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	13 (31)	26 (61,9)	92,9
2. O frasco da dieta deve ser colocado tampado em água morna até atingir a temperatura ambiente, ou conforme indicação da equipe. Testar temperatura no pulso.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8
3. O frasco deve ser acoplado ao equipo, que liga-se na sonda de alimentação enteral, para assim iniciar a administração da dieta.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	14 (33,3)	26 (61,9)	95,2
4. Coloque o idoso sentado na cadeira ou na cama com as costas bem apoiadas enquanto a dieta estiver sendo administrada. Manter esta posição por 30 minutos após o término da dieta.	1 (2,4)	0 (0)	2 (4,8)	13 (31)	26 (61,9)	92,9
5. A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia.	0 (0)	2 (4,8)	7 (16,7)	12 (28,6)	21 (50)	78,6
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 20 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
7. Controlar o gotejamento da dieta, em torno de 60 gotas por minuto = 1gota por segundo. Pode levar de 1 hora à 1 hora e meia.	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	12 (28,6)	25 (59,5)	88,1
8. Sempre observar o idoso enquanto a dieta está sendo administrada.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (35,7)	27 (64,3)	100

(continua)

PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios

1. Utilizar utensílios totalmente limpos para a preparação da dieta enteral, para evitar contaminação.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	3,2 (76,2)	100
2. A esponja para limpeza destes utensílios deve ser exclusiva para esta finalidade.	1 (2,4)	1 (2,4)	2 (4,8)	9 (21,4)	29 (69)	90,4
3. Preferir utilizar frascos de vidros, pois são mais fáceis de limpar.	1 (2,4)	1 (2,4)	2 (4,8)	11 (26,2)	27 (64,3)	90,5
4.O frasco de vidro deve ser limpo a cada troca de dieta com esponja, sabão neutro e água morna. A higienização final deve ser com água fervida e morna.	1 (2,4)	0 (0)	2 (4,8)	10 (23,8)	29 (69)	92,8
5. O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente até 72 horas.	1 (2,4)	5 (11,9)	5 (11,9)	10 (23,8)	21 (50)	**73,8
6. Guardar o equipo seco na geladeira em saco plástico fechado ou em pote com tampa.	1 (2,4)	4 (9,5)	4 (9,5)	9 (21,4)	24 (57,1)	78,5
7. Usar seringar de 20 mL quando necessário. Esta deve ser limpa com sabão neutro e água morna e armazenada seca na geladeira.	1 (2,4)	2 (4,8)	5 (11,9)	10 (23,8)	24 (57,1)	80,9
8. Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	25 (59,5)	15 (35,7)	95,2

PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL**(SNE, GAS, JEJ)**

1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde.	0 (0)	2 (4,8)	2 (4,8)	11 (26,2)	27 (64,3)	90,5
2. Pare imediatamente a administração da dieta quando esta sair pela boca ou nariz, quando o idoso apresentar falta de ar ou ficar com os lábios e pele da cor roxa. Posicione-o com cabeceira elevada e leve-o ao serviço de emergência.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

						(conclusão)
3. Quando a sonda estiver entupida, lave-a com água morna fervida, administrando em seringa de 20 mL, tentando fazer pressão com a água. Repita este procedimento até 3 vezes. Se a sonda não desentupir procure atendimento no serviço de saúde.	1 (2,4)	2 (4,8)	1 (2,4)	11 (26,2)	27 (64,3)	90,5
4. Se a sonda tracionar ou sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.

** Orientação não obteve consenso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao Domínio 5 - Vias Aéreas, todas as orientações obtiveram consenso entre os participantes do estudo.

Tabela 7 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 5 - *Vias Aéreas*, Brasil, 2016

						(continua)
	*Escala de Likert:					
DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	% (4+5)
LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA						
1. A limpeza da traqueostomia deve ser feita no mínimo uma vez ao dia. Somente a parte interna é retirada para limpar. Em caso de muita secreção a limpeza pode ser feita mais vezes.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (42,9)	24 (57,1)	100
2. Lave as mãos, destrave e remova a endocânula.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (40,5)	25 (59,5)	100
3. Coloque a endocânula em um pote com água morna por alguns minutos (cerca de 2 minutos). Atenção: segure a traqueostomia ao retirar a endocânula e tenha certeza que a parte externa está fixa com o cadarço.	1 (2,4)	0 (0)	2 (4,8)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8

(continua)

4. Introduza uma gaze úmida (com água filtrada ou fervida) dentro da endocânula. Para isso pode-se utilizar uma pinça, agulha de crochê, arame, haste flexível (cotonete) ou as próprias mãos. Destinar o uso dos materiais somente para esse fim. Caso optar pelo uso da haste flexível, descartá-los após o uso. Repetir o procedimento até a gaze sair limpa. Após seque a endocânula com uma gaze e recoloque-a na cânula.	1 (2,4)	1 (2,4)	3 (7,1)	17 (40,5)	20 (47,6)	88,1
5. Os materiais utilizados para limpeza da endocânula (pinça, agulha de crochê, arame), após o uso, devem ser limpos com água e sabão e armazenados em recipiente com tampa.	0 (0)	2 (4,8)	4 (9,5)	14 (33,3)	22 (52,4)	85,7
6. Limpe o pescoço ao redor da traqueostomia. Isso pode ser feito com gazes umedecidas com soro fisiológico.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	16 (38,1)	25 (59,5)	97,6
7. Coloque duas gazes dobradas entre a pele e a cânula em cada lado da traqueostomia. Isso evita que a pele fique irritada ou machucada.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16 (38,1)	26 (61,9)	100
8. O cadarço que prende a traqueostomia no pescoço também deve ser trocado no mínimo uma vez ao dia. É importante segurar a traqueostomia com uma das mãos e com a outra trocar o cadarço.	0 (0)	1 (2,4)	3 (7,1)	13 (31)	25 (59,5)	90,5
9. Nas primeiras trocas pode ser preciso duas pessoas para realizá-la. O cadarço não deve estar muito apertado. É indicado deixar um dedo de espaço entre o cadarço e o pescoço para não machucar a pele.	0 (0)	0 (0)	4 (9,5)	12 (28,6)	26 (61,9)	90,5
ASPIRAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA						
1. Lave as mãos com água e sabão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
2. Calce luvas descartáveis.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6
3. Separe o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	15 (35,7)	26 (61,9)	97,6
4. Ligue o aspirador e confirme se está funcionando.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
5. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado. Cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7

	(conclusão)					
6. Introduza a sonda na traqueostomia. A sonda deve ser introduzida no máximo em 8 centímetros.	0 (0)	0 (0)	6 (14,3)	11 (26,2)	25 (59,5)	85,7
7. Solte o látex/silicone e retire lentamente a sonda aspirando as secreções. Em caso do idoso apresentar tosse retire a sonda e pare de aspirar.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8
8. A sonda não deve ficar mais de 15 segundos dentro da traqueostomia durante aspiração.	0 (0)	0 (0)	5 (11,9)	13 (31)	24 (57,1)	88,1
9. Deixe a pessoa respirar dez vezes antes de repetir o procedimento. Repita o procedimento até diminuir a quantidade de secreção.	1 (2,4)	0 (0)	4 (9,5)	13 (31)	24 (57,1)	88,1
10. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. A sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, pois é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.	1 (2,4)	4 (9,5)	1 (2,4)	12 (28,6)	24 (57,1)	85,7
11. Desligue o aparelho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
12. Retirar as luvas usadas e desprezar.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
13. Lavar novamente as mãos.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os especialistas sinalizaram consenso em todas as orientações do Domínio 6 – Medicacões. Nesse domínio teve orientações que obtiveram maior concordância entre os participantes, perfazendo 100%.

Tabela 8 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 6 - *Medicacões*, Brasil, 2016

(continua)						
DOMÍNIO 6 – MEDICAÇÕES	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
ORIENTAÇÕES GERAIS						
1. Separar as medicações em sacos rotulados com nomes das medicações e horários de administração e não tirá-las de suas embalagens originais para controlar a data de validade e evitar que se misturem.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
2. Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitarem de refrigeração devem ser guardados na geladeira (os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira). Ex: insulina.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
3. Materiais e medicamentos de curativos, como pomadas, gazes, ataduras, esparadrapo e soro fisiológico, devem ser guardados em caixa com tampa, separado de outros medicamentos.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
4. Materiais de nebulização devem ser guardados em caixa plástica com tampa e sempre secos.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
5. Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas. Em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
6. Não modifique a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses dos medicamentos, ou pare de tomar um medicamento contínuo por conta própria sem a orientação de um profissional qualificado.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
7. Acenda a luz sempre que for preparar ou ministrar medicação, para evitar trocas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100

(continua)

8. Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo o efeito desejado (Ex: Ginseng, Ginkgo Biloba..).	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
9. Sempre leia o nome do medicamento antes de administrá-lo.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100
10. Não utilize medicamentos por conta própria ou indicados por outras pessoas, pois na tentativa de ajudar podem agravar seu estado de saúde.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	8 (19)	33 (78,6)	97,6
11. Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados. Para ajudar a lembrar os horários de tomar os medicamentos ajuste os horários das tomadas com as atividades diárias, como escovar os dentes, horários das refeições ou de deitar.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	8 (19)	33 (78,6)	97,6
12. Se tiver qualquer um destes sintomas durante o tratamento: náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, lembre de informar o seu médico.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
13. Ao procurar estabelecimentos de saúde lembre-se de sempre ter consigo a última prescrição dos medicamentos em uso, pois esta informação é muito importante para os profissionais que irão lhe atender.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	8 (19)	33 (78,6)	97,6
VIA SONDA: cuidado na administração de medicamentos						
1. Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20 mL de água filtrada ou fervida fria.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	13 (31)	26 (61,9)	92,9
2. Preparar o medicamento a ser administrado, colocando o comprimido/cápsula em um recipiente de vidro. Com auxílio de uma colher, pressionar o comprimido contra o fundo do recipiente até que se transforme em pó, se o medicamento for uma cápsula somente abra e despeje o conteúdo em pó no recipiente de vidro. Adicione 20 mL de água. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar todo medicamento.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	17 (40,5)	24 (57,1)	97,6

(continua)

3. Se tiver mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente. Entre administração dos medicamentos a sonda deve ser lavada com 5 mL de água.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	15 (35,7)	24 (57,1)	92,8
4. Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes e nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
5. Sempre após a administração do medicamento, lavar bem a seringa com água e guardar em local seco e arejado.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7

VIA ORAL: cuidado na administração de medicamentos

1. Posicionar o idoso sentado ou com cabeceira elevada.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
2. Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu. Evitar tomar o medicamento com leite, chás e refrigerantes.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100
3. A presença de alimentos e os intervalos de jejum devem ser seguidos com cuidado, pois podem favorecer ou prejudicar o efeito desejado no tratamento. Se o medicamento deve ser tomado em jejum (estômago vazio) ingerir pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após a refeição.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	13 (31)	26 (61,9)	92,9

ANTICOAGULANTE ORAL: cuidado na administração de medicamentos

1. Caso esqueça a medicação do dia anterior, tome apenas o comprimido do dia.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
2. Estar atento a sangramentos espontâneos (gengiva, nariz, manchas roxas na pele, urina, fezes, catarro, vômito) e caso ocorram procurar imediatamente serviço de saúde para avaliação médica.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
3. Não usar medicamentos por conta própria, principalmente anti-inflamatórios como Cataflam (diclofenaco potássico), Voltaren (diclofenaco sódico) e ibuprofeno. Evitar o uso de analgésicos que contenham ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina), pois podem causar irritação no estômago e sangramento.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6

(continua)

4. Identificar em algum documento que você está em tratamento com anticoagulante oral.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
5. Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento. Estes alimentos podem ser consumidos pelo paciente, mas em pequenas porções.	1 (2,4)	0 (0)	5 (11,9)	8 (19)	28 (66,7)	85,7
6. Fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	11 (26,2)	29 (69)	95,2
7. Evitar quedas ou batidas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
8. Comunicar sempre o uso deste medicamento ao dentista ou a médicos de outras especialidades.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA						
1. Lave bem as mãos com água e sabão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
2. Misturar a insulina (NPH) lentamente entre as mãos até o líquido ficar leitoso e homogêneo. Não sacudir ou agitar o frasco.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	10 (23,8)	30 (71,4)	95,2
3. Limpar a tampa do frasco com algodão com álcool.	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,4)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
4. Aspire a quantidade de unidades da insulina de acordo com a prescrição. Se houver bolhas de ar injete a insulina de volta e aspire novamente.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
5. Limpe a pele com algodão com álcool em sentido único.	0 (0)	3 (7,1)	2 (4,8)	10 (23,8)	27 (64,3)	88,1
6. Para aplicar faça uma prega na pele com os dedos e introduza a agulha em ângulo reto e após solte a prega e injete a insulina suavemente. Não esfregue o local e tampe agulha para evitar contaminação.	0 (0)	4 (9,5)	3 (7,1)	9 (21,4)	26 (61,9)	83,3
7. Esperar cinco segundos após a aplicação antes de retirar a agulha da pele, para garantir que não extravase a insulina.	1 (2,4)	0 (0)	4 (9,5)	12 (28,6)	25 (59,5)	88,1
8. Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada e sempre deixe a NPH por último.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	14 (33,3)	26 (61,9)	95,2

						(conclusão)
9. Locais de aplicação: faça rodízio aplicando no abdômen, braço, nádegas e coxas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
10. Descarte: coloque as seringas e agulhas em frascos regidos resistentes como frascos de amaciantes e garrafas PET.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	15 (35,7)	25 (59,5)	95,2
11. Estar atento a sinais de HIPOGLICEMIA durante o tratamento: tonturas; tremores nas mãos; zumbido no ouvido; dormência ao redor da boca e da língua; fome exagerada; ânsia de vômito; sono; coração acelerado. Na presença desses sinais e sintomas: se possível realizar o teste de HGT (< 70 mg/dl); ofereça ao idoso algo doce, como por exemplo água com açúcar ou suco doce. Se o idoso não conseguir engolir, não forçar. Coloque açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e bochecha, e leve-o ao serviço de saúde.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	13 (31)	27 (64,3)	95,3

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os itens referentes ao Domínio 7 – Higiene, atingiram consenso em todos as orientações entre os participantes do estudo.

Tabela 9 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 7 - Higiene, Brasil, 2016

						(continua)
DOMÍNIO 7 – HIGIENE	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO						
1. Regular a temperatura da água.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6
2. Manter janelas e portas fechadas para evitar correntes de ar.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	13 (31)	27 (64,3)	95,3
3. Colocar o idoso sentando em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com encostos laterais e posterior.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
4. Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para prevenir quedas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
5. Não deixar o idoso sozinho durante o banho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

(continua)

6. Estimule o idoso a realizar sua própria higiene, só realize aquilo que o idoso não conseguir fazer sozinho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
7. Se necessário, utilizar um chuveirinho de mão para auxiliar no banho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
8. Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço. Após, apoiar o braço comprometido sobre a perna do idoso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
9. Ajude o idoso a se enxugar, secando bem partes íntimas e dobras de joelhos, mamas, axilas e entre os dedos.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
10. A higiene dos cabelos deve ser realizada no mínimo três vezes por semana.	0 (0)	1 (2,4)	4 (9,5)	10 (23,8)	27 (64,3)	88,1
11. Inspeccionar a integridade da pele em geral.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO						
1. Utilizar panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
2. Preparar duas bacias com água morna, testando a temperatura da água. Uma será utilizada com sabonete, a outra para enxaguar a pele.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
3. Utilize luvas descartáveis ou de borracha.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
4. Cubra o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	29 (69)	95,2
5. Inicie a higiene pela cabeça.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
6. Lave o rosto com pano molhado e pouco sabonete, após enxágüe o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100

(continua)

7. Lave os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano.	0 (0)	2 (4,8)	1 (2,4)	11 (26,2)	28 (66,7)	92,9
8. Para lavagem dos cabelos, cubra um travesseiro com plástico e coloque embaixo da cabeça da pessoa uma bacia.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
9. Molhe a cabeça e passe um pouco de xampu.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
10. Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até retirar toda a espuma.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
11. Seque os cabelos, com toalha ou secador.	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,4)	11 (26,2)	29 (69)	95,2
12. Lave o pescoço, os braços, as axilas, as mãos, o tórax e a barriga, nesta ordem, com um pano molhado com sabonete. Enxágüe o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
13. Seque bem os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante e hidratante.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
14. Cubra as partes superiores do corpo com uma toalha seca. Faça da mesma forma com as pernas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
15. Lave os pés e seque-os, principalmente entre os dedos. Passe creme hidratante.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
16. Posicione o idoso lateralmente e higienize as costas. Seque-as e, se possível, passe hidratante.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
17. Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e higienizar órgãos genitais e região inguinal. Após, lateralizar o idoso e higienizar região anal.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
18. Na mulher, realizar a higiene da vagina da frente para trás, evitando que a água escorra do ânus para a vulva.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
19. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento da glande.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100

						(conclusão)
20. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e sempre que o idoso urinar ou evacuar.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA						
1. Se possível, colocar o idoso sentando em frente a pia, ou oferecer-lhe uma bacia.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6
2. Dar preferência a escovas de cerdas macias e, sempre que possível, o fio dental.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	28 (66,7)	11 (26,2)	92,9
3. Utilizar pequena porção de pasta de dente, para evitar engasgos.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
4. Se o idoso necessitar de ajuda escove os dentes do idoso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
5. Retire as próteses dentárias e limpe-as com escova de dente de cerdas mais duras, água e sabão neutro ou pasta dental.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
6. Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilize uma escova de cerdas macias. Se dispor, utilize uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário enrole a gaze no dedo indicador já protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
7. Limpar a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de trás da língua para não causar ânsia de vômito.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
8. Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese limpa.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
9. Inspeccionar a boca do idoso para presença de feridas, que podem ser causadas por dentes quebrados.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
10. Observar gengivas inflamadas e/ou com sangramentos. A higiene oral deve ser melhorada nestes casos.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Domínio 8 - Cuidados com a pele, houve concordância entre todos os participantes do estudo. Nesse domínio teve orientações que obtiveram concordância de 100% entre os participantes.

Tabela 10 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 8 - *Cuidados com a pele*, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIO 8 - CUIDADOS COM A PELE	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO						
1. Se possível, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, poder ser realizada quando for acordar o idoso para dar medicação ou realizar outro cuidado.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
2. Mantenha a roupa de cama sempre bem esticada. Rugas e dobras podem provocar lesões na pele.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
3. Se possível, utilize colchão piramidal, que alivia o peso da pessoa em diferentes pontos onde os ossos são mais salientes.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	10 (23,8)	29 (69)	92,8
4. Proteja o colchão com plástico na região das nádegas e coloque um lençol macio dobrado ao meio. A pele não deve ficar em contato com o plástico.	0 (0)	2 (4,8)	0 (0)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
5. Se possível, mantenha a pele hidratada com hidratantes e óleos.	0 (0)	1 (2,4)	1 (2,4)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
6. Se possível, oferecer líquidos em pequenas quantidades diariamente, pois idosos desidratam com facilidade.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
7. Trocar fraldas sempre que a pessoa urinar ou evacuar, evitando que a pele fique úmida.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
8. Procure alimentar o idoso fora da cama, evitando que resíduos fiquem no lençol e machuquem a pele.	0 (0)	1 (2,4)	2 (4,8)	11 (26,2)	28 (66,7)	92,9
9. Não utilizar almofadas do tipo “rosca”.	0 (0)	0 (0)	7 (16,7)	9 (21,4)	26 (61,9)	83,3
10. Evite esfregar a pele com força quando estiver realizando higiene corporal. Faça movimentos suaves e use sabonete em pouca quantidade, enxaguando-o bem, para que a pele do idoso não fique ressecada.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
11. Hidratar a pele de preferência com hidratante neutro, com movimentos leves sem fricção nas proeminências.	1 (2,4)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	30 (71,4)	95,2
CUIDADOS COM ASSADURAS						
1. Aparar pelos pubianos com tesoura, facilitando a higiene e a manutenção da área íntima seca.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6

						(conclusão)
2. Secar bem o idoso após o banho.	0	0	1	8	33	97,6
	(0)	(0)	(2,4)	(19)	(78,6)	
3. Realizar higiene íntima após urinar ou evacuar.	0	0	1	10	31	97,6
	(0)	(0)	(2,4)	(23,8)	(73,8)	
4. Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco) a cada troca.	0	2	5	10	25	83,3
	(0)	(4,8)	(11,9)	(23,8)	(59,5)	
5. Se tiver lesões de pele persistente no períneo, procurar serviço de referência.	0	0	1	9	32	97,6
	(0)	(0)	(2,4)	(21,4)	(76,2)	

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os especialistas não sinalizaram consenso no Domínio 9 – Eliminações, no que diz respeito ao item **sonda vesical de alívio**, na orientação 2 obtendo 71,4%.

Tabela 11 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 9 - *Eliminações*, Brasil, 2016

						(continua)
	*Escala de Likert:					
DOMÍNIO 9 – ELIMINAÇÕES	1	2	3	4	5	%
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	(4+5)
TROCA DE FRALDA						
1. Realizar a lavagem das mãos antes da troca.	0	0	0	10	32	100
	(0)	(0)	(0)	(23,8)	(76,2)	
2. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartável.	0	0	0	12	30	100
	(0)	(0)	(0)	(28,6)	(71,4)	
3. Na mulher, realizar a higiene no sentido da frente para trás, evitando que as fezes entrem em contato com a vagina.	0	0	0	11	31	100
	(0)	(0)	(0)	(26,2)	(73,8)	
4. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento.	0	0	0	11	31	100
	(0)	(0)	(0)	(26,2)	(73,8)	

(continua)

5. Lateralizar o idoso com auxílio de um lençol dobrado no centro da cama para higienizar as nádegas, se o mesmo tiver condições peça que auxilie nos movimentos.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
6. Secar bem, principalmente entre as dobras.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
7. Inspeccionar a pele para identificar lesões.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
8. Se necessário, utilizar protetor cutâneo como óxido de zinco, óleo, hidratante, entre outros.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	29 (69)	100
9. Fechar a fralda sem que fique muito apertada para evitar lesões na virilha.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
10. Lavar as mãos após a troca.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
11. Procurar realizar a troca em local adequado, preservando a intimidade do idoso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
12. Se o idoso for incontinente, realizar a troca de fralda, no mínimo, 4 vezes ao dia.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	14 (33,3)	27 (64,3)	97,6
USO DO VASO SANITÁRIO						
1. Ajudar o idoso a sentar no vaso, flexionando suas pernas segurando-o pelas axilas.	0 (0)	0 (0)	3 (7,1)	11 (26,2)	28 (66,7)	92,9
2. Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso prevenindo quedas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
3. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartáveis.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
4. Auxiliar o idoso a se levantar.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
5. Não deixar o idoso sozinho.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
6. Lavar as mãos após a higiene.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100

(continua)

SONDA VESICAL DE ALÍVIO

1. Como realizar: lavar as mãos e a parte genital com água e sabão; reunir o material em lugar limpo; posicionar o idoso de maneira confortável; aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar; nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la; massagear a região da bexiga até parar de drenar a urina; quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente; medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia; após, lavar as mãos.	0 (0)	4 (9,5)	4 (9,5)	16 (38,1)	18 (42,9)	81
2. Dicas: a mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira. · Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda; · Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde; · Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: - até 100 mL: nenhuma sondagem; - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia; - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia; - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia; - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.	2 (4,8)	3 (7,1)	7 (16,7)	10 (23,8)	20 (47,6)	**71,4

SONDA VESICAL DE DEMORA

1. Cuidados: a parte externa da sonda deve ficar fixa na coxa na mulher e no homem fixar na região supra púbica com micropore ou esparadrapo antialérgico para evitar tracioná-la e não causar ferimentos na uretra; essa sonda só pode ser retirada ou colocada pela equipe de saúde; lave as mãos antes de mexer na sonda; limpe a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos 2 vezes ao dia, para evitar acúmulo de secreção; mantenha o frasco ou a bolsa coletora de urina abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira e não deixe que ela fique muito cheia, para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga; nunca desconectar o frasco coletor da sonda; se durante um tempo não houver urina na bolsa coletora, verifique se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa; comunicar a equipe de saúde caso o idoso não urine num intervalo de 4 horas mesmo ingerindo líquidos.	1 (2,4)	1 (2,4)	3 (7,1)	12 (28,6)	25 (59,5)	88,1
---	------------	------------	------------	--------------	--------------	-------------

(conclusão)

BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

1. Troca da bolsa: trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento; umedeça a pele com água morna e descole cuidadosamente a bolsa; o recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retire o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Feche a parte de baixo com um clampe/grampo; não utilize álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele; lave a estomia e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar. Seque com pano macio, gaze, em toques leves. Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure serviço de referência em estomizados.	1 (2,4)	0 (0)	2 (4,8)	14 (33,3)	25 (59,5)	92,8
2. Esvaziamento da bolsa: a bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia; abra o clampe/grampo e deixe as fezes escorrerem em um recipiente; após esvaziar a bolsa a mesma pode ser higienizada embaixo do chuveiro; para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do estoma esteja bem seca, se necessário utilize um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele; limpe o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro; dobre o orifício da bolsa e feche-a com clampe/grampo.	0 (0)	1 (2,4)	3 (7,1)	14 (33,3)	24 (57,1)	90,4

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.

** Orientação não obteve consenso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação ao Domínio 10 - Vestir/Despir, os especialistas concordam com todas as orientações chegando a 100% de consenso na maior parte das orientações.

Tabela 12 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 10 - Vestir/Despir, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIO 10 - VESTIR/DESPER	*Escala de Likert:					%
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
ORIENTAÇÕES GERAIS						
1. Dar preferência a roupas simples, confortáveis e adequadas ao clima.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

						(conclusão)
2. Se possível, deixe o idoso escolher sua própria roupa preservando sua autonomia.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
3. Evitar uso de chinelo sem apoio no calcanhar para evitar quedas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
4. De preferência, vestir roupas mais largas nos quadris se o idoso permanece sentado por muito tempo.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
5. Se idoso tem um braço comprometido, vestir primeiro o braço afetado e ao retirar a roupa, iniciar pelo braço sadio.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	9 (21,4)	32 (76,2)	97,6
6. Se o idoso for acamado, dar preferência para roupas com abertura nas costas.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nos percentuais de respostas para as orientações do Domínio 11- Transferência/Posicionamento, observa-se que todas as orientações atingiram o consenso.

Tabela 13 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 11 - Transferência/Posicionamento, Brasil, 2016

(continua)						
DOMÍNIO 11- TRANSFERÊNCIA/POSICIONAMENTO	*Escala de Likert:					%
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES						
1. Utilize bastante travesseiros, ou faça almofadas de diferentes tamanhos.	0 (0)	2 (4,8)	2 (4,8)	11 (26,2)	27 (64,3)	90,5
2. Barriga para cima: Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para a posição dorsal e para o lado esquerdo). Utilize rolinhos de toalha para manter a posição.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	12 (28,6)	28 (66,7)	95,3
2.1. Os braços devem ficar esticados e mãos abertas posicionadas em travesseiros ou coxins.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (33,3)	28 (66,7)	100
2.2. As pernas devem ficar levemente dobradas, com travesseiros em toda extensão da panturrilha, com os calcâneos suspensos.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	12 (28,6)	29 (69)	97,6

(continua)

2.3. Para virar o idoso de lado, dobre as pernas do idoso e o segure-o por trás do ombro e no quadril, realizando o movimento de lateralização. Nunca puxe-o pela mão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
3. De lado sobre o LADO BOM: O travesseiro deve preencher o espaço entre a orelha e o colchão.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
3.1. Deixar o braço de cima (comprometido) esticado sobre um travesseiro, com mão aberta e ombro mais para frente.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	10 (23,8)	30 (71,4)	95,2
3.2. Dobrar as pernas e colocar um travesseiro entre elas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
3.3. Apoie as costas com travesseiros, caso o idoso não consiga ficar bem de lado.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
4. De lado sobre o LADO DOENTE: Deixar o braço doente apoiado em travesseiro e esticado na linha do ombro.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	11 (26,2)	29 (69)	95,2
4.1. O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro.	0 (0)	0 (0)	2 (4,8)	10 (23,8)	30 (71,4)	95,2
4.2. Cuidar para não deixar o idoso deitar por cima do ombro.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
4.3. Posicione as pernas da mesma forma que se faz para o lado bom.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
4.4. Utilize um lençol móvel que facilita bastante a movimentação.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100
4.5. Dobre as pernas e gire o corpo do idoso para o lado que quiser virar.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
4.6. Nunca puxe o idoso pelo braço afetado, utilize sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100

TRANSFERÊNCIA

1. Lateralize o idoso e coloque as pernas para fora da cama e levante o idoso apoiando-o com os braços, segurando-o com o braço por baixo das axilas e a mão nas suas costas. Nunca puxe o idoso pelo braço.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100
2. Apoie também as costas e os joelhos do idoso para sentá-lo.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	10 (23,8)	31 (73,8)	97,6
3. Peça para o idoso entrelaçar as mãos em volta do seu pescoço, assim os braços não ficam soltos.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
4. Se o idoso não ficar em pé com segurança, coloque-o sentado em uma poltrona. Se necessário utilize uma contenção com um lençol amarrado na altura do abdômen, para evitar queda.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6

						(conclusão)
5. Posicione a poltrona ao lado da cama, e após o idoso entrelaçar as mãos ao redor de seu pescoço, coloque-o em pé e gire-o até colocá-lo na cadeira.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
6. Deixe a cabeça reta e cuide para o idoso não ficar jogado na cadeira.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	31 (73,8)	100
7. Mantenha as pernas afastadas e dobradas, com os pés apoiados no chão ou em travesseiros.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
8. Apoiar os braços com travesseiros, ou na própria cadeira, dobre-os, com a palma da mão virada para baixo, se possível.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	13 (31)	28 (66,7)	97,7
9. Manter o tronco reto.	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	29 (69)	97,6
10. Para posicioná-lo corretamente na cadeira, segure-o por trás da cadeira, deixe os braços cruzados e segure seus antebraços, passando duas mãos por debaixo das axilas do paciente.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	15 (35,7)	26 (61,9)	97,6
11. Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilize travesseiros nas laterais da poltrona.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (28,6)	30 (71,4)	100

*1) Discordo plenamente; 2) Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

As orientações referentes Domínio 12 - Prevenção de quedas, atingiram consenso em todos os itens entre os participantes do estudo, conforme apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 – Distribuição das respostas da primeira rodada do painel Delphi, Domínio 12 - *Prevenção de quedas*, Brasil, 2016

						(continua)
DOMÍNIO 12 - PREVENÇÃO DE QUEDAS	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
ORIENTAÇÕES GERAIS						
1. Se possível, evitar tapetes soltos, pequenos ou com dobras.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
2. Cuidado com pisos escorregadios, chão molhado. Não passar cera no chão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100

	(conclusão)					
3. Evitar móveis e outros objetos no local de circulação do domicílio (móveis, sapatos, roupas, etc).	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (21,4)	33 (78,6)	100
4. Se possível, evitar uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (19)	34 (81)	100
5. Se possível, evitar roupas compridas, arrastando pelo chão.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (16,7)	35 (83,3)	100
6. Se possível, evitar cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	7 (16,7)	34 (81)	97,7
7. Se possível, evitar cadeiras sem braços.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
8. Se possível, utilizar algum equipamento adequado para o uso do vaso sanitário e banho de chuveiro (barras de apoio, cadeira de banho, cadeira de assento, tapete antiderrapante, etc.).	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100
9. Atentar para que o idoso não levante-se do leito sozinho.	0 (0)	1 (2,4)	0 (0)	11 (26,2)	30 (71,4)	97,6
10. Coloque as roupas/ objetos de uso pessoal em locais de fácil acesso.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (23,8)	32 (76,2)	100

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 12, é apresentado a primeira rodada com as orientações que foram sugeridas as alterações, de acordo com o consenso dos especialistas, bem como o que retornou para a segunda rodada.

Quadro 12 – Sugestões de alterações que foram acrescentados na segunda rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIOS/ ITENS	ORIENTAÇÕES PRELIMINARES	SUGESTÕES DE ALTERAÇÃO	CONSENSO DOS ESPECIALISTAS (%) (Concordo + Concordo Plenamente)	RETORNOU PARA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI
<p>DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</p> <p>ITEM- ORIENTAÇÕES GERAIS</p>	<p>1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.</p>	<p>Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.</p> <p>Ao cuidador e ao idoso será explicado: O AVC é uma doença na qual os vasos sanguíneos se rompem ou entopem. É popularmente conhecido como "derrame cerebral", afetando a capacidade física, de comunicação e de raciocínio do idoso.</p>	<p>93%</p>	<p>SIM</p>
<p>DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL</p> <p>ITEM- APOIO AO CUIDADOR</p>	<p>1. Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador.</p>	<p>Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador, bem como as dificuldades em relação a sua vida familiar/ conjugal e trabalho.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>

<p>DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL ITEM- APOIO AO CUIDADOR</p>	<p>8. Discutir os limites do cuidador com o paciente.</p>	<p>Discutir com o cuidador quais os cuidados que ele se sente apto e se propõe a realizar no domicílio.</p>	<p>93%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL ITEM- REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO</p>	<p>2. Oferecer informações de diagnóstico, tratamento e prognóstico.</p>	<p>Orientar que seja seguido o tratamento indicado pela equipe médica esclarecendo dúvidas, sempre que possível.</p>	<p>86%</p>	<p>SIM</p>
<p>DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL APOIO AO CUIDADOR ITEM- APOIO AO CUIDADOR E IDOSO</p>	<p>5. Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).</p>	<p>Apoio Educativo quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).</p>	<p>93%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL APOIO AO CUIDADOR ITEM- APOIO AO CUIDADOR E IDOSO</p>	<p>1. Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.</p>	<p>Escutar manifestações de sentimentos e crenças.</p>	<p>88%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO ITEM- VIA ORAL</p>	<p>3. Oferecer alimentos cortados em pedaços menores para facilitar a mastigação.</p>	<p>Sempre que possível oferecer alimentos conforme a preferência e hábito alimentar do idoso. Cortá-los em pedaços menores para facilitar a mastigação.</p>	<p>98%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO ITEM- NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com as sondas</p>	<p>9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso.</p>	<p>A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.</p>	<p>76%</p>	<p>SIM</p>

<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA</p>	<p>5. A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia.</p>	<p>A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia, de acordo com orientação recebida na alta.</p>	<p>79%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- PREPARO DA DIETA: CUIDADOS COM UTENSÍLIOS</p>	<p>8. Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem.</p>	<p>Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem, refrigerada ou não, conforme a indicação do fabricante.</p>	<p>95%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)</p>	<p>1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde.</p>	<p>Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde ou solicite visita domiciliar.</p>	<p>90%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)</p>	<p>4. Se a sonda tracionar ou sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde.</p>	<p>Se caso acidentalmente a sonda for puxada, deslocada e sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>
<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>ITEM- LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA</p>	<p>2. Lave as mãos, destrave e remova a endocânula.</p>	<p>Lave as mãos, coloque luvas, destrave e remova a endocânula.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação.</p>

<p>DOMÍNIO 6 - MEDICAÇÕES</p> <p>ITEM- ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES</p>	<p>2. Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitarem de refrigeração devem ser guardados na geladeira (os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira). Ex: insulina.</p>	<p>2. Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitarem de refrigeração devem ser guardados na geladeira dentro de um frasco ou tigela com tampa para não se misturar com os demais itens que estão na geladeira. Os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira. Ex: insulina.</p>	<p>98%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 6 - MEDICAÇÕES</p> <p>ITEM- VIA SONDA: cuidado na administração de medicamentos</p>	<p>4. Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes e nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.</p>	<p>Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes, mas a seringa pode ser utilizada várias vezes para a mesma medicação. Nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 6 - MEDICAÇÕES</p> <p>ITEM- SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA</p>	<p>5. Limpe a pele com algodão com álcool em sentido único.</p>	<p>Não é necessário limpar o local de aplicação com álcool. A limpeza pode ser feita somente com algodão seco, em sentido único.</p>	<p>88%</p>	<p>SIM</p>
<p>DOMÍNIO 6 - MEDICAÇÕES</p> <p>ITEM- SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA</p>	<p>8. Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada e sempre deixe a NPH por último.</p>	<p>Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada tipo e sempre deixe a NPH (de aspecto leitoso) por último.</p>	<p>95%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 7 - HIGIENE</p> <p>ITEM- HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA</p>	<p>8. Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese limpa.</p>	<p>Para os idosos que tem coordenação, enxaguar a boca e recolocar a prótese limpa.</p>	<p>98%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>

<p>DOMÍNIO 8 - CUIDADOS COM A PELE</p> <p>ITEM- CUIDADOS COM ASSADURAS</p>	<p>4. Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco) a cada troca.</p>	<p>Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco, TCM ou creme apropriado) a cada troca.</p>	<p>83%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 9 - ELIMINAÇÕES</p> <p>ITEM- BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA</p>	<p>1. Troca da bolsa: trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento; umedeça a pele com água morna e descole cuidadosamente a bolsa; o recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retire o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Feche a parte de baixo com um clampe/grampo; não utilize álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele; lave a estomia e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar. Seque com pano macio, gaze, em toques leves. Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure serviço de referência em estomizados.</p>	<p>Troca da bolsa: trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento; umedeça a pele com água morna e descole cuidadosamente a bolsa; o recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retire o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Feche a parte de baixo com um clampe/grampo; não utilize álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele; lave o estoma e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar. Seque com pano macio, gaze, em toques leves. Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure o serviço de saúde.</p>	<p>93%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>

<p>DOMÍNIO 11 - TRANSFERÊNCIA/POSICIONAMENTO</p> <p>ITEM- POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES</p>	<p>3.2. Dobrar as pernas e colocar um travesseiro entre elas.</p>	<p>Dobrar as pernas e colocar um travesseiro ou almofadas de espumas entre elas.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 11 - TRANSFERÊNCIA/POSICIONAMENTO</p> <p>ITEM- POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES</p>	<p>3.3. Apoie as costas com travesseiros, caso o idoso não consiga ficar bem de lado.</p>	<p>Apoie as costas com travesseiros, ou almofadas de espumas caso o idoso não consiga ficar bem de lado.</p>	<p>100%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>
<p>DOMÍNIO 11 - TRANSFERÊNCIA/POSICIONAMENTO</p> <p>ITEM- POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES</p>	<p>4.1. O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro.</p>	<p>O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro ou almofadas de espumas.</p>	<p>95%</p>	<p>Não mudou sentido da orientação</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 13, são apresentadas as sugestões de inclusão de novos itens e orientações no protocolo que foram para a segunda rodada da Técnica Delphi.

Quadro 13 – Sugestões de inclusão de novos itens e orientações no protocolo para a segunda rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016

(continua)

DOMÍNIOS/ ITENS	SUGESTÕES DE INCLUSÃO PARA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI
DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ITEM- ORIENTAÇÕES GERAIS	Quando o idoso estiver apresentando sinais de um novo AVC, ligue imediatamente para o serviço de emergência, número 192 (SAMU), ou para o serviço de ambulância de emergência da cidade, para que possam enviar o atendimento a você.
DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ITEM- ORIENTAÇÕES GERAIS	Observar/anotar a hora em que os primeiros sintomas apareceram.
DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL ITEM- APOIO AO CUIDADOR	Perguntar ao cuidador quanto: experiências e conhecimentos prévios de cuidado e o conhecimento quanto a utilização da rede de atenção disponível.
DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL ITEM- REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E DO IDOSO	Estimular que o cuidador participe de grupos quando disponibilizados pelos Serviços da Comunidade.
DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ITEM- ACESSO A REDE DE SAÚDE	Orientar que outra pessoa pode fazer o cartão do SUS desde que leve todos os documentos necessários e seja parente em primeiro grau: pai, mãe, irmão ou irmã, avô ou avó, neto ou neta, ou responsável.

<p>DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>ITEM- ACESSO A REDE DE SAÚDE</p>	<p>Orientar ao cuidador que para a utilização da rede de atenção à saúde e seus recursos ele deve buscar acompanhamento na unidade de saúde a qual o idoso está vinculado.</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL</p>	<p>Seguir orientação conforme indicada pela equipe no momento da alta.</p>
<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>ITEM- LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA</p>	<p>Cuidar no manuseio da cânula de traqueostomia, se o idoso estiver com muita secreção e tosse, pois pode deslocar a cânula.</p>
<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>INCLUSÃO DE NOVO ITEM: ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA E OROFARÍNGEA</p>	<p>Caso o idoso precise realizar a aspiração nasofaríngea e orofaríngea, é recomendado fazer primeiro a aspiração via nasal e depois a via oral. Pode-se utilizar a mesma sonda para aspirar as duas vias.</p>

<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>INCLUSÃO DE NOVO ITEM: ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA</p>	<p>1- Lave as mãos com água e sabão.</p> <p>2- Calce luvas descartáveis.</p> <p>3- Separe o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).</p> <p>4- Ligue o aspirador e confirme se está funcionando.</p> <p>5- Medir a sonda antes da aspiração para não machucar o idoso e nem causar náuseas e sangramento. Coloque a sonda ao lado do rosto do idoso e sem encostar nele, meça a distância entre o nariz e a base da orelha. Essa será a quantidade de sonda que você pode introduzir com segurança.</p> <p>6- O mesmo procedimento é repetido nas duas narinas. Se o idoso estiver utilizando cateter nasal para oxigênio, remova o dispositivo de fornecimento (quando isso for necessário). Para facilitar a aspiração você pode injetar 1 mL de soro fisiológico por uma seringa em cada narina. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone, introduza de forma suave, porém rápida a sonda nas narinas até a medida marcada. O Látex só será solto quando a sonda já estiver introduzida e assim iniciará o procedimento de aspiração. Lentamente retire a sonda aspirando as secreções. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligue o aparelho. Retire as luvas usadas e despreze. Lave novamente as mãos.</p>
<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>INCLUSÃO DE NOVO ITEM: ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA</p>	<p>1- Lave as mãos com água e sabão.</p> <p>2- Calce luvas descartáveis.</p> <p>3- Separe o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).</p> <p>4- Ligue o aspirador e confirme se está funcionando.</p> <p>5- Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone na introdução da sonda na boca, solte o látex e aspire passando pela gengiva até a faringe. Movimentar ao redor da boca até que as secreções sejam removidas. Estimular o idoso a tossir. Para finalizar retire a sonda da boca. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligue o aparelho. Retire as luvas usadas e despreze. Lave novamente as mãos.</p>

<p>DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS</p> <p>INCLUSÃO DE NOVO ITEM: LIMPEZA DO ASPIRADOR E DO COPO DE ASPIRAÇÃO</p>	<p>1- A limpeza do aspirador deve ser realizada uma vez ao dia conforme orientações a seguir: Retirar o plug da tomada e o copo do aspirador; Limpar o aspirador utilizando um pano levemente úmido; NÃO molhar o interior do aparelho; Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água e secar com pano limpo e seco.</p> <p>2- A secreção do copo do aspirador deve ser desprezada após cada aspiração e copo deve ser lavado com água e sabão após cada aspiração.</p>
<p>DOMÍNIO 6 – MEDICAÇÕES</p> <p>ITEM- SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA</p>	<p>As seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pelo próprio idoso, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas. O número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por até oito aplicações, sempre para mesma pessoa). Após o uso, a seringa deve ser “recapada” e podem ser mantidas em temperatura ambiente.</p>
<p>DOMÍNIO 7 – HIGIENE</p> <p>INCLUSÃO DE NOVO ITEM: HIGIENE DOS PÉS</p>	<p>Lave os pés do idoso usando sabonete neutro e água morna. Após, seque bem os pés com uma toalha macia, principalmente entre os dedos e ao redor das unhas. Mantenha a pele hidratada, aplicando creme ou loção hidratante e não aplique em cortes ou ferimentos ou entre os dedos para evitar umidade. Para cortar as unhas, utilize um cortador de unhas adequado ou uma tesoura de ponta romba. O corte deve ser reto e não muito rente, após lixe os cantos para mantê-los arredondados.</p>
<p>DOMÍNIO 8 - CUIDADOS COM A PELE</p> <p>ITEM- EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO</p>	<p>Proteger as proeminências ósseas, que pode ser feito com travesseiros ou almofadas de espuma, para libertar a carga de outras pregas grandes da pele e evitar a pressão pele-a-pele ou com outras superfícies. Além disso, realizar mudanças de posição pequenas, porém mais frequentes.</p>
<p>DOMÍNIO 9 - ELIMINAÇÕES</p> <p>ITEM- SONDA VESICAL DE ALÍVIO</p>	<p>Material para realizar a Sonda Vesical de Alívio: água e sabão neutro; Cateter uretral plástico com calibre de acordo com a indicação da equipe de saúde; lidocaína gel a 2%; recipiente para coletar a urina; um pote plástico com tampa para armazenar a sonda; um espelho para mulheres.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

No Quadro 14, são apresentadas as orientações que não obtiveram consenso na primeira rodada da Técnica Delphi, e que retornaram para a segunda rodada.

Quadro 14 – Orientações que não obtiveram consenso na primeira rodada da Técnica Delphi, Brasil, 2016

DOMÍNIOS/ ITENS	ORIENTAÇÕES	CONSENSO (%)
<p>DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</p> <p>ITEM- FRALDA</p>	<p>Compra de fralda com desconto nas farmácias populares: o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações: a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina - CRM, assinatura e endereço do consultório; b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico; c) nome e endereço residencial do paciente; d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas). # Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos: I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG. # A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias. # A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo. # A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.</p>	<p>73,8%</p>
<p>DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO</p> <p>ITEM- PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios</p>	<p>O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente até 72 horas.</p>	<p>73,8%</p>
<p>DOMÍNIO 9 - ELIMINAÇÕES</p> <p>ITEM- SONDA VESICAL DE ALÍVIO</p>	<p>Dicas: a mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira. Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda; Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde; Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: - até 100 mL: nenhuma sondagem; - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia; - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia; - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia; - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.</p>	<p>71,4%</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.3.2.2 Resultados da segunda rodada do painel Delphi

Na segunda rodada, o protocolo apresentado continha as orientações que não obtiveram consenso na primeira rodada: orientações nos domínios Utilização da Rede de Atenção à Saúde (uma orientação), Alimentação (uma orientação) e Eliminações (uma orientação). Além disso, a segunda rodada contou com as orientações que foram incluídas a partir da primeira rodada nos domínios: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Alimentação e Medicamentos. Foram introduzidas ainda novas orientações nos domínios: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Cuidados com a pele; Eliminações; Medicamentos.

Na segunda rodada, o protocolo foi reapresentado com os domínios, itens e orientações que não obtiveram consenso, alterados ou incluídas novas sugestões. Desta forma, na Tabela 15, são apresentados os resultados obtidos em cada orientação de cada item dos domínios. Na última coluna é apresentado o nível de concordância alcançado, correspondente a soma das alternativas 4 e 5, “Concordo” e “Concordo plenamente”, respectivamente.

Tabela 15 – Distribuição das respostas da segunda rodada do painel Delphi, Brasil, 2016

(continua)						
DOMÍNIO/ ITEM / ORIENTAÇÃO	*Escala de Likert:					% (4+5)
	1 f (%)	2 f (%)	3 f (%)	4 f (%)	5 f (%)	
DOMÍNIO 1 - ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL						
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item ORIENTAÇÕES GERAIS)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (41,7)	21 (58,3)	100
1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais. Ao cuidador e ao idoso será explicado: O AVC é uma doença na qual os vasos sanguíneos se rompem ou entopem. É popularmente conhecido como "derrame cerebral", afetando a capacidade física, de comunicação e de raciocínio do idoso.						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item ORIENTAÇÕES GERAIS)	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	11 (30,6)	24 (66,7)	97,3
Quando o idoso estiver apresentando sinais de um novo AVC, ligue imediatamente para o serviço de emergência, número 192 (SAMU), ou para o serviço de ambulância de emergência da cidade, para que possam enviar o atendimento a você.						

(continua)

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item ORIENTAÇÕES GERAIS)	0	1	0	8	27	97,2
Observar/anotar a hora em que os primeiros sintomas apareceram.	(0)	(2,8)	(0)	(22,2)	(75)	
DOMÍNIO 2 - SUPORTE EMOCIONAL						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item APOIO AO CUIDADOR)	0	3	1	15	17	88,9
Perguntar ao cuidador quanto: experiências e conhecimentos prévios de cuidado e o conhecimento quanto a utilização da rede de atenção disponível.	(0)	(8,3)	(2,8)	(41,7)	(47,2)	
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO)	0	1	2	15	18	91,7
2. Orientar que seja seguido o tratamento indicado pela equipe médica esclarecendo dúvidas, sempre que possível.	(0)	(2,8)	(5,6)	(41,7)	(50)	
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO)	0	1	2	10	23	91,7
Estimular que o cuidador participe de grupos quando disponibilizados pelos Serviços da Comunidade.	(0)	(2,8)	(5,6)	(27,8)	(63,9)	
DOMÍNIO 3 - UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item ACESSO A REDE DE SAÚDE)	0	2	5	14	15	80,6
Orientar que outra pessoa pode fazer o cartão do SUS desde que leve todos os documentos necessários e seja parente em primeiro grau: pai, mãe, irmão ou irmã, avô ou avó, neto ou neta, ou responsável.	(0)	(5,6)	(13,9)	(38,9)	(41,7)	
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item ACESSO A REDE DE SAÚDE)	0	1	1	9	25	94,4
Orientar ao cuidador que para a utilização da rede de atenção à saúde e seus recursos ele deve buscar acompanhamento na unidade de saúde a qual o idoso está vinculado.	(0)	(2,8)	(2,8)	(25)	(69,4)	

(continua)

(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item FRALDA)	1 (2,8)	1 (2,8)	5 (13,9)	9 (25)	20 (55,6)	80,6
1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares: o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações: a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina - CRM, assinatura e endereço do consultório; b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico; c) nome e endereço residencial do paciente; d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas). # Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos: I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG. # A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias. # A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo. # A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.						
DOMÍNIO 4 – ALIMENTAÇÃO						
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com a sonda)	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	19 (52,8)	16 (44,4)	97,2
9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL)	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	16 (44,4)	19 (52,8)	97,2
Seguir orientação conforme indicada pela equipe no momento da alta.						
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item PREPARAÇÃO DA DIETA: cuidados com utensílios)	1 (2,8)	4 (11,1)	0 (0)	16 (44,4)	15 (41,7)	86,1
5. O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente até 72 horas.						

(continua)

DOMÍNIO 5 - VIAS AÉREAS

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA) 0 2 1 17 16 **91,6**
 (0) (5,6) (2,8) (47,2) (44,4)

Cuidar no manuseio da cânula de traqueostomia, se o idoso estiver com muita secreção e tosse, pois pode deslocar a cânula.

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA E OROFARÍNGEA) 1 1 2 15 17 **88,9**
 (2,8) (2,8) (5,6) (41,7) (47,2)

Caso o idoso precise realizar a aspiração nasofaríngea e orofaríngea, é recomendado fazer primeiro a aspiração via nasal e depois a via oral. Pode-se utilizar a mesma sonda para aspirar as duas vias.

(Sugerida na 1ª Rodada a inclusão do item ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA, com as seguintes orientações) 0 2 1 18 15 **91,7**
 (0) (5,6) (2,8) (50) (41,7)

1- Lavar as mãos com água e sabão.

2- Calçar luvas descartáveis.

3- Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).

4- Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.

5- Medir a sonda antes da aspiração, para não machucar o idoso e nem causar náuseas e sangramento. Coloque a sonda ao lado do rosto do idoso e sem encostar nele, meça a distância entre o nariz e a base da orelha. Essa será a quantidade de sonda que você pode introduzir com segurança.

6- O mesmo procedimento é repetido nas duas narinas. Se o idoso estiver utilizando cateter nasal para oxigênio, remover o dispositivo de fornecimento (quando isso for necessário). Para facilitar a aspiração pode injetar 1 mL de soro fisiológico por uma seringa em cada narina. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilizar o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone, introduzir de forma suave, porém rápida a sonda nas narinas até a medida marcada. O Látex só será solto quando a sonda já estiver introduzida e assim iniciará o procedimento de aspiração. Lentamente retirar a sonda aspirando as secreções. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhar a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligar o aparelho. Retirar as luvas usadas e desprezar. Lavar novamente as mãos.

(continua)

(Sugerida na 1ª Rodada a inclusão do item ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA, com as seguintes orientações)	0 (0)	1 (2,8)	2 (5,6)	14 (47,2)	16 (44,4)	91,6
1-Lavar as mãos com água e sabão.						
2-Calçar luvas descartáveis.						
3-Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).						
4-Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.						
5-Segurar a sonda com a mão dominante e com a outra utilizar o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone na introdução da sonda na boca, solte o látex e aspire passando pela gengiva até a faringe. Movimentar ao redor da boca até que as secreções sejam removidas. Estimular o idoso a tossir. Para finalizar retirar a sonda da boca. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhar a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligar o aparelho. Retirar as luvas usadas e desprezar. Lavar novamente as mãos.						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item LIMPEZA DO ASPIRADOR E DO COPO DE ASPIRAÇÃO)	0 (0)	2 (5,6)	1 (2,8)	16 (44,4)	17 (47,2)	91,6
A limpeza do aspirador deve ser realizada uma vez ao dia conforme orientações a seguir: Retirar o plug da tomada e o copo do aspirador; Limpar o aspirador utilizando um pano levemente úmido; NÃO molhar o interior do aparelho; Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água e secar com pano limpo e seco.						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item LIMPEZA DO ASPIRADOR E DO COPO DE ASPIRAÇÃO)	0 (0)	3 (8,3)	0 (0)	14 (38,9)	19 (52,8)	91,7
A secreção do copo do aspirador deve ser desprezada após cada aspiração e copo deve ser lavado com água e sabão após cada aspiração.						
DOMÍNIO 6 – MEDICAÇÕES						
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA)	0 (0)	3 (8,3)	3 (8,3)	12 (33,3)	18 (50)	83,3
5. Não é necessário limpar o local de aplicação com álcool. A limpeza pode ser feita somente com algodão seco, em sentido único.						

(continua)

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item SUBCUTÂNEA - CUIDADOS COM A INSULINA)	1	3	2	14	16	83,3
	(2,8)	(8,3)	(5,6)	(38,9)	(44,4)	

As seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pelo próprio idoso, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas. O número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por até oito aplicações, sempre para mesma pessoa). Após o uso, a seringa deve ser “recapada” e podem ser mantidas em temperatura ambiente.

DOMÍNIO 7 – HIGIENE

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item HIGIENE DOS PÉS)	0	2	1	12	21	91,7
	(0)	(5,6)	(2,8)	(33,3)	(58,3)	

Lave os pés do idoso usando sabonete neutro e água morna. Após, seque bem os pés com uma toalha macia, principalmente entre os dedos e ao redor das unhas. Mantenha a pele hidratada, aplicando creme ou loção hidratante e não aplique em cortes ou ferimentos ou entre os dedos para evitar umidade. Para cortar as unhas, utilize um cortador de unhas adequado ou uma tesoura de ponta romba. O corte deve ser reto e não muito rente, após lixe os cantos para mantê-los arredondados.

DOMÍNIO 8 - CUIDADOS COM A PELE

(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO)	0	0	1	14	21	97,2
	(0)	(0)	(2,8)	(38,9)	(58,3)	

Proteger as proeminências ósseas, que pode ser feito com travesseiros ou almofadas de espuma, para libertar a carga de outras pregas grandes da pele e evitar a pressão pele-a-pele ou com outras superfícies. Além disso, realizar mudanças de posição pequenas, porém mais frequentes.

DOMÍNIO 9 – ELIMINAÇÕES

	(conclusão)					
(Sugerida alteração de orientação na 1ª Rodada no item SONDA VESICAL DE ALÍVIO)	2	4	1	14	15	80,6
	(5,6)	(11,1)	(2,8)	(38,9)	(41,7)	
3.Dicas: a mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira. · Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda; · Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde; · Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes: - até 100 mL: nenhuma sondagem; - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia; - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia; - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia; - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.						
(Sugerida inclusão de orientação na 1ª Rodada no item SONDA VESICAL DE ALÍVIO)	0	3	0	18	15	91,7
	(0)	(8,3)	(0)	(50)	(41,7)	
Material para realizar a Sonda Vesical de Alívio: água e sabão neutro; Cateter uretral plástico com calibre de acordo com a indicação da equipe de saúde; lidocaína gel a 2%; recipiente para coletar a urina; um pote plástico com tampa para armazenar a sonda; um espelho para mulheres.						

*1) Discordo plenamente; 2)Discordo; 3) Nem concordo, nem discordo; 4) Concordo; 5) Concordo plenamente.
Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

6.3.2.3 Versão validada do Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral

O Quadro 15, apresenta os domínios e itens que fazem parte da versão final do Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral validado pelo comitê de especialistas, através da Técnica Delphi. A versão final do protocolo validado está apresentada no Apêndice (G).

Quadro 15 – Domínios e itens que fazem parte da versão final do Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral, Brasil, 2016

(continua)

CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO Protocolo de Intervenções Educativas para Cuidadores Familiares de Idosos após Acidente Vascular Cerebral	
DOMÍNIOS	ITENS DO DOMÍNIO
1 Orientações sobre o AVC	1. Orientações gerais
2 Suporte Emocional	1. Apoio ao Cuidador
	2. Apoio Emocional ao Cuidador e Idoso
	3. Redução da Ansiedade do Cuidador e Idoso
3 Utilização da Rede de Atenção à Saúde	1. Acesso a Rede de Saúde
	2. Medicação Especial - Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
	3. Dietas Enterais ou Suplementos Nutricionais- Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
	4. Fralda
	5. Material de curativo
4 Alimentação	1. Via oral
	2. NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com sondas
	3. NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas
	4. Preparação da dieta artesanal
	5. Administração da dieta artesanal e industrializada
	6. PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios
	7. Problemas com sondas em geral (SNE, GAS, JEJ)
5 Vias Aéreas	1. Limpeza da traqueostomia
	2. Aspiração da traqueostomia
	3. Aspiração Nasofaríngea e Orofaríngea
	4. Aspiração Nasofaríngea
	5. Aspiração Orofaríngea
	6. Limpeza do Aspirador e do Copo de Aspiração
6 Medicações	1. Orientações gerais sobre medicações
	2. VIA SONDA: cuidado na administração de medicamentos
	3. VIA ORAL: cuidado na administração de medicamentos
	4. ANTICOAGULANTE ORAL: cuidado na administração de medicamentos
	5. SUBCUTÂNEA - cuidados com a insulina
7 Higiene	1. Cuidados com o banho de chuveiro
	2. Cuidados com o banho de leito
	3. Higiene oral e cuidados com a boca
	4. Higiene dos Pés
8 Cuidado com a Pele	1. Evitando úlceras por pressão
	2. Cuidados com assaduras

(conclusão)

9 Eliminações	1. Troca de fralda
	2. Uso do vaso sanitário
	3. Sonda vesical de alívio
	4. Sonda vesical de demora
	5. Bolsa de colostomia/ileostomia
10 Vestir/ Despir	1. Orientações gerais
11 Posicionamento e Transferência	1. Posicionamento na cama para idosos dependentes
	2. Transferência
12 Prevenção de Quedas	3. Orientações gerais

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

7 DISCUSSÃO

7.1 Primeira etapa: Construção do Protocolo Preliminar

A discussão do protocolo preliminar construído consta no artigo de revisão integrativa já apresentado anteriormente.

7.2 Discussão da Segunda e Terceira etapa do Estudo

A discussão dos resultados do pré-teste e da validação do protocolo pela Técnica Delphi será conduzida conforme os 12 domínios que constituíram o protocolo. Optou-se por discutir os domínios, itens e orientações para as quais foram sugeridas inclusões e/ou modificações no protocolo. Ressalta-se que os domínios “Vestir/Despir” e “Prevenção de Quedas” não tiveram sugestões de inclusões e/ou modificações, contudo, realizou-se inferências sobre esses domínios.

7.2.1 Discussão dos resultados para o domínio “Orientações sobre o AVC”

No pré-teste, a especialista sugeriu alteração da orientação do **item sobre o que é o AVC**, incluindo que o AVC é déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais. A literatura condiz com a sugestão ao relatar que o mesmo é definido como um déficit neurológico súbito de duração superior a 24 horas, e decorre de alteração do fluxo sanguíneo ao cérebro (RODRIGUES; RIBEIRO; COUTO, 2016).

Ainda no pré-teste, foi sugerido uma nova **orientação geral sobre o AVC** referente à como prevenir um novo AVC. Pesquisa com nível de evidência I, apresenta que além das grandes repercussões para o paciente e sua família, os investimentos na prevenção dessa doença são decisivos para evitar gastos com a hospitalização e a reabilitação (HAFSTEINSDÓTTIR, 2011). Para a prevenção das doenças cardiovasculares, como o AVC, de acordo com estudo com nível de evidência V, é necessário desenvolver hábitos saudáveis, como realizar atividade física, tratamento da hipertensão arterial e hipercolesterolemia, controle da Diabetes Mellitus (DM), entre outros. Esses hábitos podem prevenir também outras patologias (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). A educação tem um papel importante na prevenção do AVC em facilitar a gestão desta doença crônica.

Mesmo apresentando concordância de mais 75% na **orientação sobre o que é o AVC na validação pela Técnica Delphi**, os enfermeiros sugeriram que essa orientação consistisse numa linguagem mais acessível. Orientar o paciente e o cuidador nas atividades de cuidado, questionando-os sobre a compreensão do processo saúde/doença e os auxiliando com linguagem simples, torna-se uma atitude visível da prática de cuidados centrados na família, objetivando melhorar a comunicação entre os envolvidos (WALTON, 2011). O papel dos enfermeiros é preponderante enquanto profissionais de saúde habilitados a prestar informação necessária para a tomada de decisão no processo de cuidar (MELO; RUA; SANTOS, 2014b).

Pesquisa com nível de evidência IV, apresenta que a comunicação entre os profissionais de saúde, cuidadores e pacientes é determinante, especificamente quando se discute sobre as necessidades do cuidado e prestação de informações (TSAI et al., 2015), e em especial para aqueles nos quais essas informações são novas. A comunicação é um processo que torna possível o relacionamento entre a equipe de saúde, o cuidador e o paciente, não integrando apenas uma dimensão de conteúdo, mas também de relações interpessoais (PLANK; MAZZONI; CAVADA, 2012). A promoção de estratégias de comunicação positiva é essencial para o desenvolvimento de um bom relacionamento entre cuidador, paciente e a equipe de saúde, que deve apresentar uma atitude empática para incentivar os cuidadores e o pacientes a expressarem suas necessidades (PLANK; MAZZONI; CAVADA, 2012).

Na etapa de validação, foi acrescentado pelos especialistas duas novas orientações no **item orientações gerais sobre AVC**: deixar claro o que é necessário fazer quando o idoso estiver apresentando um novo AVC e a importância de anotar a hora em que os primeiros sintomas apareceram. Essas questões vão ao encontro da orientação do Ministério da Saúde quanto ao atendimento imediato desses pacientes, somado à importância de iniciar tratamento com trombólise endovenosa rt-PA, sendo atualmente a terapêutica mais estudada e com maior evidência de benefício em promover recanalização arterial dentro de quatro a cinco horas do início do episódio do AVC (BRASIL, 2013b). Além disso, a necessidade de um atendimento rápido, eficaz e condizente com as reais necessidades do paciente, inclui uma assistência de enfermagem individualizada, sistematizada e de qualidade, para que as sequelas do AVC possam ser minimizadas e se possa garantir maior qualidade de vida para essa parcela da população acometida pelo agravo (LIMA et al., 2016). Resultado de pesquisa com nível de evidência VI, que avaliou os aspectos clínicos relevantes dos pacientes com AVC na emergência hospitalar e suas implicações para o serviço público de saúde do Brasil, demonstrou que os pacientes acometidos pela doença apresentam-se gravemente comprometidos com altos níveis de incapacidade e dependência, o que implica na necessidade

de uma intervenção educacional direcionada aos fatores de risco e reconhecimento dos sintomas dessa doença (TREVISAN et al., 2015).

O perfil dos especialistas que avaliaram o protocolo poder ter contribuído, pois as experiências dos mesmos com sugestões e/ou inclusões em qualificar as orientações são consistentes quando comparado com estudo de revisão integrativa da literatura que analisou o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem aos pacientes hospitalizados por AVC. Os autores dessa revisão apontam que, na maioria das vezes, as intervenções educacionais estão relacionadas a: educação do paciente e dos familiares sobre o tratamento; informações sobre as consequências da doença; explicação ao paciente sobre os exames de imagem; educação para a prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico; orientar sobre o repouso no leito, bem como treinamento da equipe para o cuidado ao paciente com AVE (CAVALCANTE et al., 2011).

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, com índice de concordância acima de 90%.

7.2.2 Discussão dos resultados para o domínio “Suporte Emocional”

No pré-teste, o item apoio ao cuidador foi alterado para estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família e não descuidar da sua saúde física e emocional. Estudos qualitativos sobre cuidadores, tem demonstrado que diante de um cotidiano de acúmulo de atividades de cuidado, de falta de apoio de outros membros da família e dos próprios serviços de saúde, o cuidador prioriza os cuidados ao familiar dependente em detrimento do seu autocuidado (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016), podendo gerar sobrecarga do cuidador (VIERIA et al., 2011). Desta maneira, o cuidar de um idoso no domicílio pode impactar a vida cotidiana do cuidador familiar e desencadear dificuldades de ordem emocional, física, econômica e social, colocando em risco à sua saúde e seu bem-estar (VIEIRA et al., 2011).

Nesse sentido, torna-se importante a busca por estratégias de suporte às famílias que convivem e cuidam de idosos dependentes a fim de minimizar os níveis de sobrecarga, de desconforto emocional e de tensões, promovendo um ambiente que atenda às necessidades do idoso e do cuidador (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016). A rede de apoio formal e informal ao cuidador e ao idoso deve ser constituída por serviços públicos ou privados, amigos e/ou voluntários, que atuam como facilitadores para o controle de situações problemáticas (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Estudos internacionais abordam o acesso e a utilização dos serviços de apoio disponíveis para o idoso e o cuidador, como programas de apoio existentes a ambos, suporte legal e financeiro, além do suporte de uma rede de apoio para auxiliar o cuidador na segurança do idoso e nas tarefas do domicílio (STIRLING et al., 2010; HIRAKAWA et al., 2011; VAINGANKAR et al., 2013). Essa realidade apresentada nos estudos internacionais está relacionada ao fato de que o cuidado apresenta-se na prática como responsabilidade da sociedade e do Estado, e não apenas das famílias.

Apesar de algumas políticas nacionais como o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) reforçarem a responsabilidade do Estado, da sociedade e da família como partes integrantes do cuidado (BRASIL, 2003; 2006a), frequentemente a família é a única provedora de cuidados ao idoso dependente. Faz-se necessário que políticas públicas e programas sejam direcionados a essas famílias e que almejem integrar as redes de apoio para amenizar as consequências do cuidado aos cuidadores.

Reforçar ao cuidador estratégias de enfrentamento de momentos de crise e estimulá-lo a buscar ajuda quando não se sentir seguro em realizar algum manejo, foram sugestões no **item de apoio ao cuidador** do pré-teste. As atividades diárias de cuidado idoso são muitas e diversas de acordo com suas limitações funcionais e cognitivas. Estudo que descreveu as vivências de participantes de um curso de cuidador, apresentou que os mesmos tem o desejo de receber auxílio para aprimorar sua prática, a fim de que ocorra uma melhora na qualidade de vida do paciente e dos familiares. Desta maneira, reduziriam sensações angustiantes, características da falta de conhecimento sobre determinada situação (CORREA et al., 2014). Nesse sentido, a atenção domiciliar constitui-se como importante modalidade de cuidado pois permite que o profissional de saúde conheça a realidade dos usuários, oportuniza criação de vínculo com os mesmos, sendo isso fundamental para o planejamento e implementação de intervenções direcionadas às necessidades dos idosos com AVC e seus familiares.

No **item Apoio Emocional ao Cuidador e Idoso**, teve alteração na orientação: encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal entendidos e mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e paciente. Pesquisa sobre a importância do profissional de saúde na educação do cuidador através de cursos, apresenta o diálogo como aliança significativa no cuidado. O diálogo resulta em relações interpessoais mais próximas e consolida-se um vínculo que proporciona melhor aprendizado do cuidador (CORREA et al., 2014). Pesquisa com nível de evidência IV, apresenta que ainda deve-se desenvolver estratégias que visem à valorização da qualidade de vida do cuidador,

amenizando os fatores negativos que a reduzem, e por consequência qualificando o cuidado oferecido ao paciente que necessita (SANTOS; TAVARES, 2012).

Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e paciente está relacionado ao o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento, faz parte do **item apoio emocional ao cuidador e idoso**, e teve inclusão dessa nova orientação. Estudo com nível de evidência VI, apresenta que o AVC traz uma série de situações que comprometem os aspectos físicos e psicológicos da pessoa doente, sendo necessário reaprender a viver, a fim de atender às demandas impostas pelas limitações e pela perda de autonomia (OLIVEIRA; GARANHANI; GARANHANI, 2011).

Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e paciente, expressando-se de forma clara e objetiva, foi uma orientação incluída no **item redução da ansiedade do cuidador e idoso** no pré-teste. Promover a comunicação e auxiliar na confiança entre profissionais e cuidadores é imprescindível, uma vez que os pacientes e famílias passam a fazer parte do processo de aprendizado. Diminui-se assim a ansiedade e a dúvida e se promove melhor o cuidado domiciliar aos pacientes (CORREA et al., 2014).

No **processo de validação do protocolo pela Técnica Delphi**, os especialistas sugeriram alteração da orientação no **item redução da ansiedade do cuidador e idoso**. Foi acrescentado orientar que seja seguido o tratamento indicado pela equipe médica esclarecendo dúvidas, sempre que possível. Na alta hospitalar são tantas informações e que nem tudo fica bem claro, e isso pode ser retomado no domicílio. O enfermeiro possui um importante papel direcionado às estratégias de diminuição da ansiedade do cuidador e do idoso, assim como o trabalho de educar e informar os cuidadores, sendo uma maneira de auxiliar esses sujeitos e tomar decisões em relação ao cuidado (MELO; RUA; SANTOS, 2014a).

Os especialistas acrescentaram no protocolo questionar o cuidador quanto as experiências e conhecimentos prévios de cuidado e o conhecimento quanto a utilização da rede de atenção disponível. Reconhecer as necessidades dos cuidadores familiares, bem como seu conhecimento sobre as atividades de cuidado e como são realizadas é de extrema importância para o planejamento das intervenções de enfermagem que poderá facilitar o processo de transição do cuidado e acompanhamento no domicílio (MELO; RUA; SANTOS, 2014a; BIERHALS, 2015). Além disso, a rede de apoio formal é determinante para uma transição eficaz para o papel de cuidador, pois a partir dela é possível obter informações de saúde, suporte profissional e redes de apoio comunitário (TSAI et al., 2015).

Uma nova orientação de cuidado foi acrescentada no **item redução da ansiedade do cuidador e do idoso**, ao estimular que o cuidador participe de grupos quando disponibilizados pelos Serviços da Comunidade. Programas psicoeducativos e psicossociais baseados na informação, como por exemplo, grupos de aprendizagem e de apoio emocional oferecem uma melhoria significativa na saúde dos cuidadores. Estes programas auxiliariam tanto com informações sobre como o cuidado deve ser realizado como também favoreceria a criação de laços sociais entre os participantes (MELO; RUA; SANTOS, 2014b).

É importante destacar que neste domínio as orientações sobre o suporte emocional foram direcionadas tanto para o cuidador, quanto para o idoso. Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, com índice de concordância acima de 85%.

7.2.3 Discussão dos resultados para o domínio “Utilização da Rede de Atenção à Saúde”

No pré-teste, no item fralda, foi sugerido deixar mais claro essa orientação, no sentido de explicar passo a passo do que é preciso para se conseguir desconto na farmácia popular para compra de fraldas, quando o idoso utilizar. Os recursos materiais para apoiar as famílias que cuidam de idosos dependentes ainda é restrito no Brasil e na maioria das vezes nem todos sabem e utilizam. É necessário a mobilização pública para a inclusão de questões relativas a soluções que contribuam para amenizar e sanar as dificuldades das famílias no que se refere ao apoio material, financeiro e de saúde (BAPTISTA et al., 2012).

Ainda no pré-teste, **no item material de curativo** foi acrescentado a importância de orientar o cuidador que sempre verifique na unidade de saúde o que é ofertado de material de curativo para realizar o cuidado no domicílio. Sabe-se que nem sempre a rede de saúde dispõe de materiais específicos requeridos em determinadas situações. Com o avanço de tecnologias nessa área, o enfermeiro deve advogar para que estes materiais sejam disponibilizados à população.

Na validação do protocolo pela Técnica Delphi, foram acrescentadas duas novas orientações no **item acesso a rede de saúde**, no sentido de orientar que outra pessoa pode fazer o cartão do SUS desde que leve todos os documentos necessários e seja parente em primeiro grau, além de orientar ao cuidador que para a utilização da rede de atenção à saúde e seus recursos ele deve buscar acompanhamento na unidade de saúde a qual o idoso está vinculado. O Cartão Nacional de Saúde constitui-se de um instrumento de identificação único

dos usuários do SUS que busca viabilizar a utilização adequada de informações para a garantia do atendimento (BRASIL, 2011b).

Sabe-se que os serviços de saúde no Brasil formam uma rede que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS). Atualmente a dinâmica da APS com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), exige a delimitação dos territórios de abrangência, buscando pela população adscrita, delimitada por área de abrangência, assim, para que os pacientes sejam atendidos na rede eles precisam ter o cartão do SUS (PEREHOUSKEI; ANGELIS; FONZAR, 2015).

Ressalta-se que no **item fralda** na primeira rodada da Técnica Delphi não se obteve consenso mínimo de 75% entre os especialistas. Contudo, na segunda rodada, conforme apresentado nas tabelas anteriormente, obteve-se consenso acima de 80%. Todas as demais orientações com seus respectivos itens e orientações obtiveram consenso ainda na primeira rodada. Pode-se relacionar o consenso das orientações que foram obtidas nesse domínio, sobre a relevância em se abordar com cuidadores familiares e pacientes o que tem de disponível e como se dá o acesso na rede de atenção à saúde, sendo indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e que tem grande importância na otimização dos recursos disponíveis à comunidade.

7.2.4 Discussão dos resultados para o domínio “Alimentação”

No **pré-teste**, no **item preparação da dieta artesanal** foi sugerido que a mesma pode ser acondicionada em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 24 horas. Essa orientação vai ao encontro da literatura com nível de evidência IV, em que deve ser realizado a inspeção visual, quanto a estabilidade e homogeneidade das dietas que são colocadas em refrigerador. Ao cuidador ou responsável pelo preparo da dieta deve ser orientado quanto à correta higiene, manipulação, preparo, armazenamento e administração da fórmula, para garantir sua segurança microbiológica no domicílio, já que contaminações microbiológicas de dietas podem comprometer seriamente a evolução clínica dos pacientes de acordo com estudo com nível de evidência (MENEGASSI et al., 2007).

Além disso, foi sugerido acrescentar na orientação do **item preparo da dieta: cuidados com utensílios**, que o equipo e os frascos são descartáveis, podendo ser reutilizados novamente até 72 horas. De acordo o manual de nutrição enteral domiciliar do Hospital de Clínicas da UNICAMP considerado nível de evidência VII oriundo de opinião de especialistas, para a reutilização de frascos da dieta nasoenteral, o frasco deve ser mantido

limpo e sem resíduos de dieta. Ele pode ser utilizado enquanto estiverem limpos, sem resíduos, sem rachaduras (DREYER et al., 2011).

No **item problemas com sondas em geral (SNE, GAS, JEJ)** foi acrescentado que na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, deve-se suspender a administração, acalmar o paciente e reiniciar a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, deve-se levar o idoso ao serviço de saúde. É relatado em estudo com evidência V, que durante a terapia nutricional com o uso de sondas, podem ocorrer diversas situações que interferem na oferta nutricional planejada, incluindo desde o jejum para procedimentos até a intolerância, em que podem aparecer náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia, elevação do resíduo gástrico ou obstrução da sonda. Ainda, outras complicações identificadas em estudos com nível de evidência V incluem: a hiperglicemia, isquemia mesentérica e a constipação (FUJINO; NOGUEIRA, 2007). O estudo descritivo de Hermann e Cruz (2008), com evidência VI, cita como procedimentos de enfermagem mais mencionados para prevenção das complicações relacionadas com a terapia nutricional: verificar o gotejamento da dieta; verificar a posição da sonda e manter a cabeceira elevada.

No **processo de validação do protocolo pela Técnica Delphi**, os especialistas sugeriram acrescentar no **item nutrição enteral: cuidados com as sondas**, que a troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde. Pesquisa descritiva, de delineamento transversal com nível de evidência VI avaliou os fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. Dentre os resultados, foi identificado que, independentemente do tipo de alimentação oral ou enteral por sonda é necessário que seja monitorada pelo enfermeiro e que o mesmo deve orientar o cuidador familiar, bem como o idoso, tanto no preparo como na manipulação dos alimentos (LIMA et al., 2014).

Foi incluído nova orientação no **item preparação da dieta artesanal**, sendo sugerido orientar que o cuidador deve seguir orientação conforme indicada pela equipe no momento da alta. As fórmulas para a nutrição enteral são preparadas comercialmente ou manualmente, sendo denominadas não industrializadas ou artesanais (ZADÁK; SMITH, 2009).

Neste contexto, dietas artesanais ocupam um papel fundamental na recuperação do paciente que depende de sua utilização para manutenção ou recuperação do seu estado nutricional. Contudo, questionamentos têm sido descritos na literatura sobre o uso dessas dietas, como a falta de estabilidade e incertezas quanto à composição química e ao efeito osmótico (MENEGASSI et al., 2007). Além disso, é necessário o controle rígido das

condições higiênicas no preparo, acondicionamento e administração dos alimentos (SCHUITEMA, 2009). Estudo que avaliou as dietas enterais não-industrializadas, demonstra que falta de padronização dos procedimentos, dos ingredientes em medidas caseiras pode contribuir para o caráter variável da composição nutricional (MENEGASSI et al., 2007). Por isso, a importância de orientar os cuidadores no preparo cuidadoso da dieta artesanal para resultar na administração precisa dos nutrientes que o idoso necessita.

Ainda, destaca-se que **no item preparo da dieta: cuidados com utensílios**, na primeira rodada da Técnica Delphi não obteve consenso mínimo de 75% entre os especialistas, contudo, na segunda rodada, conforme apresentado nas tabelas anteriormente foi validado, obtendo consenso acima de 80%.

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, com índice de concordância acima de 76%.

7.2.5 Discussão dos resultados para o domínio “Vias Aéreas”

No pré-teste, a especialista indicou alteração da orientação do **item Aspiração da Traqueostomia**, sendo acrescentado que deve-se ter cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia. Além disso, nesse mesmo item sugeriu deixar claro que a sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, pois é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.

Essas orientações recomendadas vão ao encontro de estudo descritivo com nível de evidência VI que verificou o conhecimento dos enfermeiros acerca do procedimento de aspiração endotraqueal realizado na unidade de terapia intensiva. O estudo apresenta que os profissionais descartam a sonda após o uso, além de tomar a precaução de proteger a extremidade do látex que vai para o paciente, o que evitaria sua contaminação e, conseqüente, reduz o risco de infecções no trato respiratório do paciente (MELO et al., 2014). Pesquisa com nível de evidência I, apresenta que o cateter de aspiração traqueal pode introduzir micro-organismos no trato respiratório inferior, o que justifica a utilização de cateter estéril e de uso único (AMERICAN ASSOCIATION OF RESPIRATORY CARE, 2010), sendo uma orientação importante para segurança do paciente, evitando complicações.

Na validação pela Técnica Delphi, os enfermeiros sugeriam a inclusão de dois **novos itens, Aspiração Nasofaríngea e Aspiração Orofaríngea**, com suas respectivas orientações. Esses itens incluídos podem estar relacionados ao fato de que pacientes com seqüela de AVC

apresentam fatores clínicos preditores do risco para aspiração. Pesquisa com nível de evidência V, menciona que o cuidado de aspiração de vias aéreas nasofaríngea e orofaríngea é um procedimento que visa mantê-las livre de secreções. Dessa forma, esse cuidado deve ser realizado de forma asséptica, o que requer habilidade e conhecimento (ANTONUCCI; SAVINO, 2014). Pesquisa observacional, com nível de evidência IV, em uma unidade de AVC de um hospital público que realizou validação clínica do diagnóstico de enfermagem para o risco de aspiração em pacientes com AVC, identificou que os fatores de risco evidenciados foram: reflexo de tosse prejudicado ou ausente, disfagia, distúrbios neurológicos, mobilidade corporal diminuída, reflexo de vômito diminuído ou ausente e cabeceira do leito baixa (CAVALCANTE et al., 2013).

Ainda em relação à aspiração, os especialistas sugeriam inclusão de **novo item limpeza do aspirador e do copo de aspiração**. A orientação desse novo item partiu da experiência dos enfermeiros, ao passo que, quando são orientados os cuidados em relação à aspiração, torna-se necessário orientar também como deve ser realizado a assepsia do aspirador e do copo de aspiração como parte do procedimento.

Neste domínio, todas as orientações alcançaram consenso, obtendo um índice de concordância acima de 80% pelos avaliadores.

7.2.6 Discussão dos resultados para o domínio “Medicações”

O domínio medicações foi o que mais obteve sugestões na **etapa do pré-teste**. Dessa forma, tais sugestões foram no sentido de qualificar as orientações apresentadas no protocolo preliminar, bem como sugerir alterações ou acrescentar novas orientações de acordo com a expertise dos especialistas.

No **item orientações gerais sobre medicações** foi complementado que não se deve utilizar medicamentos vencidos, bem como se os medicamentos necessitarem de refrigeração devem ser guardados na geladeira, porém os mesmos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira, como por exemplo a insulina. Pesquisa observacional com nível de evidência IV, que teve como objetivo identificar as famílias que apresentam estoque e fazem uso de medicamentos, buscou avaliar as condições de armazenamento, segurança e uso dos mesmos, esta pesquisa demonstrou que em relação ao armazenamento dos medicamentos o mesmo é feito de forma inadequada ou insegura (MASTROIANNI et al., 2012).

Destaca-se que quando o medicamento precisa ser refrigerado, como é o caso da insulina, esta deve ser conservada de maneira adequada, para que sejam garantidas as propriedades farmacológicas. A sugestão do especialista em manter a medicação sob refrigeração vai ao encontro do caderno de atenção básica sobre DM que preconiza, que as insulinas armazenadas em geladeiras precisam permanecer na parte inferior e nunca devem ser congeladas ou expostas à luz solar, pois poderá ocorrer degradação (BRASIL, 2006b).

No **item orientações gerais sobre medicações** foi acrescentado que é necessário avisar a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo seu efeito desejado. Pesquisa descritiva de caráter transversal, que buscou conhecer a automedicação de acadêmicos com produtos naturais, apresentou que a automedicação envolvendo os fitoterápicos e plantas medicinais pode levar a complicações, aumento de resistência microbiana, intoxicações, mascaramento de doenças ou ainda levar a morte. O fato de que as plantas medicinais possam demonstrar eficácia em alguns casos, levam a população a acreditar que sempre serão eficazes. Porém, muitas dessas práticas podem levar danos à saúde (BRITO et al., 2014). Essa situação pode estar relacionada a falta de informação da população, principalmente a população mais velha, que comumente tem a prática de utilizar plantas medicinais para o tratamento de algumas doenças.

A identificação de práticas e recursos terapêuticos pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas na comunicação entre profissional de saúde e o paciente, evitando práticas inadequadas que conduzam ao uso irracional, bem como iatrogenias clínicas e à falta de adesão ao tratamento (CRUZ; SAMPAIO; GOMES, 2012; ANTONIO; TESSER; MORETTI-PIRES, 2013).

Sabe-se que falhas na comunicação/orientação pode estar associado aos idosos terem dúvida de como os medicamentos devem ser tomados. Nesse sentido, ainda no pré-teste, foi acrescentado no **item orientações gerais sobre medicações** que em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde. Além dessa orientação foi acrescentado que, para ajudar a lembrar os horários dos medicamentos, o cuidador deve priorizar o ajuste dos horários com as atividades diárias. Pesquisas com níveis de evidência VI, destacam erros comuns que afetam a segurança no uso de medicamentos em idosos, entre os quais está o esquecimento quanto ao horário da dose e falhas na comunicação profissional-paciente (BUETOW et al., 2012; BURGESS; COWIE; GULLIFORD, 2012).

Além disso, estudos apresentam evidências que na transição do cuidado, por exemplo do hospital para casa quando de forma inadequada, pode trazer repercussões que incluem efeitos adversos e erros de medicação (TROMPETER et al., 2014; KANAAN et al., 2013; KRIPALANI et al., 2012), bem como má aderência ao tratamento (KRIPALANI et al., 2007).

Uma lista de medicamentos utilizados pode ser uma ferramenta de ajuda ao paciente após a alta, permitindo um auto-gerenciamento seguro de medicamentos em casa. Conseqüentemente há diminuição da probabilidade do paciente ser readmitido devido a uma falta de compreensão dos medicamentos pós-alta ou algum erro ocorrer (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014).

Estudo com delineamento observacional apresentando nível de evidência IV, menciona que as interações medicamentosas podem ocasionar vários problemas ao idoso, como reduzir absorção, concentrações e eficácia, causar toxicidade, resultar em hipotensão postural, hipoglicemia, hiperglicemia, entre outros, comprometendo seu tratamento e a sua segurança, interferindo na sua funcionalidade e na sua qualidade de vida (GARSKE et al., 2016). Assim, no **item orientações gerais sobre medicações** no pré-teste a especialista acrescentou que deve ser orientado ao cuidador que, se idoso apresentar qualquer sintoma de náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, deve-se informar o médico. Além disso, quando o idoso procurar estabelecimentos de saúde, deve ter consigo a última prescrição dos medicamentos em uso, pois esta informação é muito importante para os profissionais que irão lhe atender. Sendo assim, é importante que os pacientes tenham conhecimento da própria doença e das reações medicamentosas impostas pelo seu correto tratamento (TOLEDO et al., 2016).

No **item via sonda: cuidado na administração de medicamentos** foi acrescentado que no caso de uso de sonda, a mesma deve ser lavada com 20 ml de água filtrada ou fervida fria. A sugestão da especialista vai ao encontro de um estudo transversal, com nível de evidência VI que analisou a ocorrência de obstruções de SNE por dieta e medicamento. Os resultados sugerem que, para evitar a obstrução da sonda ao administrar medicamentos, é recomendável interromper a alimentação enteral, lavar a sonda, e após a administração do medicamento, lavá-la novamente (ZACCARON et al., 2015).

Ainda, no mesmo item, a especialista acrescentou que deve ser orientado como deve ser realizado o preparo do medicamento. A literatura com nível de evidência IV condiz com a sugestão, em que a administração de um medicamento por sonda a melhor maneira é em forma líquida (LISBOA; SILVA; MATOS, 2014). Pesquisa com nível de evidência VI, apresenta que os medicamentos líquidos viscosos e/ou hiperosmolares devem ser diluídos

com 10 a 30 ml de água estéril para prevenir obstrução da sonda e ocorrência de alguns efeitos adversos (RENOVATO; CARVALHO; ROCHA, 2010). Cabe ressaltar que também é frequente a administração de medicamentos sólidos e a técnica para sua administração via sonda, basicamente consiste na trituração de comprimidos ou abertura de cápsulas e dissolução do conteúdo em água para posterior administração (SCHWEIGERT; PLETSCHE; DALLEPIANNE, 2008).

Neste **mesmo item**, foi sugerido orientar ao cuidador que, quando se tem mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente, e as sondas enterais devem ser lavadas com água entre cada fármaco. Essas orientações corroboram com estudo que analisou o impacto de diretrizes sobre erros em medicamentos prescritos para administração via sondas enterais (GORZONI; TORRE; PIRES, 2010). Além disso, foi sugerido orientar que não se deve misturar na mesma seringa medicamentos diferentes e nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta. Pesquisa de coorte, com nível de evidência IV realizada sobre obstrução de sonda nasoentérica, apresentou como resultado que se deve administrar um medicamento por vez, principalmente os medicamentos triturados, a fim de prevenir interações medicamentosas e obstrução da sonda (ZACCARON et al., 2015).

No item via oral: cuidado na administração de medicamentos, foi incluída nova orientação, no sentido de esclarecer que, se a medicação tem como prescrição ingerir em jejum, ela deverá ser ingerida pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após. A literatura preconiza que para administrar medicamentos que necessitam de jejum, deve-se fazer uma pausa de pelo menos 30 minutos de alimentação (SILVA, 2004). Investigação descritiva, com nível de evidência VI que analisou os riscos da interação droga-nutriente, reforça que o intervalo de tempo entre a administração do medicamento e a refeição é determinante na terapêutica (PEIXOTO et al., 2012). Os autores afirmam que deve-se ter esse cuidado, a fim de evitar ou reduzir problemas relacionados à má absorção tanto dos fármacos quanto dos nutrientes.

No pré-teste, no item **anticoagulante oral: cuidado na administração de medicamentos**, a especialista acrescentou a orientação que, quando o paciente faz uso de anticoagulante ele deve ter o cuidado para não utilizar anti-inflamatórios que contenham diclofenaco potássico, diclofenaco sódico e ibuprofeno. Além disso, deve-se evitar o uso de analgésicos que contenham ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina), pois podem causar irritação no estômago e sangramento. Pesquisa de caso-controle, com nível de evidência IV, estudo descreve que os anti-inflamatórios são uma classe de medicamentos que causam

interação com os anticoagulantes, potencializando o seu efeito e aumentando o risco de hemorragias (CHOI et al., 2010).

Ainda no pré-teste, foi incluído nesse **mesmo item** novas orientações sobre a importância e se fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico, evitar quedas ou batidas e sempre comunicar aos profissionais o uso contínuo de anticoagulante. A literatura com nível de evidência II corrobora com a orientação sugerida, uma vez que o controle laboratorial da protombina reflete na intensidade do processo de coagulação sanguínea, cujos valores médios estão entre 2,0 e 3,0, havendo riscos de complicações tromboembólicas na presença de valores mais baixos e risco de sangramentos em caso de presença de valores elevado (PELEGRINO, 2013). Estudo de coorte com nível de evidência IV, apresenta que os idosos constituem a maioria dos pacientes que apresentam fatores risco de ter um AVC em comparação a pacientes mais jovens devido a um aumento do risco de sangramento com o avanço da idade. Muitos desses pacientes apresentam risco aumentado de quedas e hemorragia subsequente, potencialmente limitando a anticoagulação nesta população (LIP et al., 2014).

Na primeira etapa de validação pela Técnica Delphi, os especialistas sugeriram acrescentar novas orientações, que obtiveram consenso na segunda rodada. Acredita-se que um dos motivos desse domínio ter sido o que mais obteve sugestões, pode estar relacionado ao fato de que, após a alta hospitalar, diversas mudanças ocorrem na vida diária dos pacientes, principalmente referente às suas medicações. Assim, a segurança com as medicações e as informações são importantes a serem esclarecidas aos usuários. Estudos identificaram as causas mais comuns de readmissões hospitalares, incluem os erros de medicação devido à reconciliação medicamentosa, incapacidades de realizar o autocuidado e falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014; SHAMJI et al., 2014).

Além disso, os especialistas acrescentaram no **item subcutânea - cuidados com a insulina** incluído uma nova orientação: as seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pelo próprio idoso, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas. O número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por até oito aplicações, sempre para mesma pessoa). Esta recomendação vai ao encontro das informações do Ministério da Saúde, em que considera segura a prática de reutilização limitada do conjunto seringa/agulha, desde que sejam respeitadas as orientações sobre o armazenamento em lugar adequado, com a devida proteção

da agulha pela capa protetora plástica (BRASIL, 2006b). Além disso, foi sugerida a orientação: não é necessário limpar o local de aplicação com álcool. A limpeza pode ser feita somente com algodão seco, em sentido único, o que também vai ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde com nível de evidência VII, quanto a aplicação da insulina (BRASIL, 2013d).

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, tendo nível favorável mínimo de 80% a partir da análise estatística.

7.2.7 Discussão dos resultados para o domínio “Higiene”

Esse domínio teve sugestões e inclusões tanto no pré-teste, bem como na validação pela Técnica Delphi, sendo validado as orientações para compor o protocolo. Cuidar da higiene da pessoa idosa com AVC é uma atividade muitas vezes complexa devido, sobretudo, à falta de condições/informações para a realização deste cuidado.

No **pré-teste**, a especialista sugeriu inclusões de orientação no **item cuidados com o banho de leito na higiene das partes íntimas**. Além disso, foi sugerido acrescentar nova orientação no **item cuidados com o banho de leito**. As orientações sugeridas corroboram com o que foi apontado por Silva e Colaboradores (2015) em estudo com nível de evidência VI, que apresentaram os principais cuidados a serem tomados durante a higienização corporal, desde o preparo para banho, bem como sobre a importância de auxiliar o idoso nessa tarefa. Além disso, os autores reforçam a necessidade de uma boa higienização da região genital, assim como das dobras dando especial atenção na hora de secar para que estas não permaneçam úmidas.

No **item higiene oral e cuidados com a boca** foi acrescentado que, se o cuidador dispor, pode utilizar uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário pode enrolar a gaze no dedo indicador protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral. Essa orientação está relacionada com a experiência clínica da especialista do pré-teste, o que aprimorou os cuidados a serem realizados nesse item, pois em relação à orientação dos enfermeiros na promoção da saúde oral, os estudos são escassos.

No **processo de validação do protocolo pela Técnica Delphi**, os especialistas sugeriram acrescentar um **novo item: Higiene dos pés**. Quanto às orientações sugeridas pelos dos enfermeiros especialistas, foi possível constatar que essas orientações compreendem alguns cuidados já descritos na literatura com nível de evidência VI, como o corte reto das

unhas; higienização adequada dos pés; hidratação; inspeção diária dos pés e não andar descalço (OLIVEIRA et al., 2016).

Ressalta-se que este domínio obteve consenso com índice de concordância acima de 80%.

7.2.8 Discussão dos resultados para o domínio “Cuidado com a Pele”

Ao analisar os cuidados que correspondem a este domínio, observou-se que, **no pré-teste**, a especialista no **item evitando úlcera por pressão**, acrescentou na orientação que o lençol macio dobrado ao meio pode proteger a pele do idoso. Estudos indicam que o uso do lençol móvel, a elevação da cabeceira a 30° e a manutenção dos lençóis limpos, sem pregas ou rugas, favorecem retornos dos fluxos sanguíneos e linfáticos, além de diminuir a fricção e/ou o cisalhamento da pele (BRASIL, 2013e; FERNANDES et al., 2012).

Tanto no pré-teste quanto na validação do protocolo, os especialistas sugeriram tipos de barreiras protetoras, no **item cuidados com assaduras**. Estudo com nível de evidência VI, identificou que profissionais de enfermagem utilizam barreiras protetoras com a finalidade de evitar o ressecamento da pele e, conseqüentemente, melhorar a elasticidade, e diminuir o surgimento de fissuras e o rompimento das camadas da pele (MARTINS; SOARES, 2008).

Assim, examinar a pele e manter a sua higienização adequada pode-se também diminuir o risco de úlcera por pressão. Estudo transversal de base populacional com nível de evidência VI, apresenta que medidas como hidratar a pele seja com produtos utilizados após o banho ou a troca de fraldas ou o simples ato de ingerir água também ajudam (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011). Um estudo com abordagem de caráter qualitativo, com nível de evidência VI, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um hospital público, mostra que o banho é o melhor momento para examinar a pele e avaliar quais medidas preventivas devem ser utilizadas (LISE; SILVA, 2007). No domicílio essas alternativas de avaliar a pele durante o banho também podem ser utilizadas pelos cuidadores.

No processo de **validação do protocolo pela Técnica Delphi**, os especialistas sugeriram acrescentar uma nova orientação no **item evitando úlceras por pressão**, sobre a importância de orientar o cuidador de proteger as proeminências ósseas, para diminuir a carga de outras pregas grandes da pele e evitar a pressão pele-a-pele ou com outras superfícies. Somado a isso, acrescentou-se a orientação de realizar mudanças de posição pequenas, porém frequentes. Estudo transversal com nível de evidência VI, descreve que a mudança de decúbito é uma conduta importante para a prevenção de úlcera de pressão, que deve ser

realizada a cada duas horas em indivíduos acamados. Essa medida é importante para diminuir-se o risco (COELHO et al., 2012).

Além disso, dentre as intervenções propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem risco de integridade da pele prejudicada, a partir da ligação NIC–NANDA-I, são consideradas prioritárias para pacientes adultos em risco de úlcera por pressão: controle da pressão, supervisão da pele, monitorização dos sinais vitais, cuidados na incontinência urinária, posicionamento e terapia nutricional (BAVARESCO; LUCENA, 2012).

O reposicionamento de pessoa sentada ou em cadeiras de rodas, por sua vez, alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis e diminui também o risco do desenvolvimento de úlcera por pressão. A utilização de travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão, por exemplo, na elevação dos membros inferiores (BRASIL, 2013e).

Destaca-se que todas as orientações deste domínio obtiveram um índice de concordância dos avaliadores superior a 80%.

7.2.9 Discussão dos resultados para o domínio “Eliminações”

Nesse domínio, tal como se verifica as orientações de cuidado, por vezes, podem parecer complexas aos cuidadores pela dificuldade em lidar com as situações que se apresentam no cotidiano do cuidado. A dependência dos idosos com AVC, pode ter levado as vítimas a ter sequelas neurológicas ao nível dos esfíncteres vesical e intestinal. Dessa forma, os especialistas no pré-teste e na validação do protocolo, sugeriram algumas orientações no sentido de aperfeiçoar as informações disponibilizadas aos cuidadores nesse domínio.

No pré-teste no item troca de fralda foi incluído nova orientação para facilitar a higiene na troca de fralda. Sabe-se que a prevenção de lesões principalmente na região genital pode estar relacionada a correta higienização durante a troca das fraldas. Estudo qualitativo, com nível de evidência VI, condiz com a inclusão da especialista sobre a importância de que os cuidadores devem estimular para que o idoso colabore na troca de fralda, bem como a necessidade de uma boa higienização da região genital, em especial em pacientes sondados (SILVA et al., 2015).

Ainda no pré-teste os especialistas incluíram no **item sonda vesical de alívio**, a orientação de que a sonda, após o uso, pode ser lavada com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira. Pesquisa descritiva com nível de evidência VI, que analisou a prática do cateterismo vesical intermitente realizada no domicílio pelo

cuidador do usuário cadastrado no Serviço da Atenção Domiciliar, apresenta que a maioria dos cuidadores realiza a limpeza do cateter com água e sabão. O mesmo estudo reforça que para a sondagem ser realizada pelo cuidador domiciliar de forma segura e adequada, com a garantia da reutilização da sonda vesical de alívio sem risco de infecções, recomenda-se que o enfermeiro promova treinamento e oriente o cuidador quanto às técnicas limpas a serem utilizadas (CAMPOS; SILVA, 2013). Segundo protocolo de normatização de procedimentos técnicos de um serviço de atenção domiciliar, o acondicionamento do cateter deve ser em um recipiente limpo com tampa e armazenado em um local fresco, após a higienização (BETIM, 2007).

Na validação do protocolo pela Técnica Delphi, os especialistas sugeriram acrescentar uma nova orientação no **item sonda vesical de alívio**. Foi sugerido orientar sobre todo o material que é necessário para realizar esse procedimento. As sugestões dos especialistas corroboram com estudo descrito por Faleiros et al. (2015) com nível de evidência VI e com as diretrizes do *Guidelines on Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction da European Association of Urology* (VAHR et al., 2013).

Apenas uma orientação no item sonda vesical de alívio não teve consenso preponderante na primeira rodada da Técnica Delphi. A orientação do item foi reavaliada pela verificação da concordância na segunda rodada, obtendo índice de concordância de 80,6%.

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, com índice de concordância acima de 80%.

7.2.10 Discussão dos resultados para o domínio “Vestir/ Despir”

Destaca-se que todas as orientações no **domínio vestir/despir** que estavam no protocolo preliminar foram satisfatórias no pré-teste e validação do protocolo pela Técnica Delphi, não havendo inclusão ou sugestão de alteração nas orientações.

Esse domínio pode revelar-se como uma das atividades de cuidado frequentes realizadas pelo cuidador, sobretudo para os cuidadores de pessoas idosas com sequelas de AVC, por exemplo, com hemiparesia. As orientações contidas nesse domínio, tem como objetivo promover a autonomia da pessoa idosa, orientando os cuidadores para manter a autonomia dos idosos em realizar essa atividade. Mesmo que os cuidadores realizem esse cuidado, é visível a preocupação das orientações em promover a autonomia e no respeito pela vontade das pessoas idosas dependentes por parte dos cuidadores.

As alterações que ocorrem no idoso após o AVC refletem em sua capacidade funcional dificultando ou impedindo a realização de tarefas rotineiras, como as atividades da vida diária. Uma revisão sistemática buscou descrever as vivências do cuidador informal do idoso dependente, entre 2005 e 2010. Os autores utilizaram uma amostra de 17 estudos primários e uma revisão da literatura. Atividades como o preparo da alimentação, vestir, transferência, higiene e limpeza da casa constituem o tipo de cuidado mais prestado pelos cuidadores informais (CRUZ et al., 2010).

A importância de orientação nesse domínio ao cuidador está relacionada aos resultados encontrados em estudos nacionais e internacionais desenvolvidos com cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Os achados desses estudos, demonstram que os cuidadores apresentam necessidades de informação sobre o banho, medicações, vestir, manejo de comportamento do idoso, utilização de equipamentos (MARTINS et al., 2007; WASHINGTON et al., 2011; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; FORBES et al., 2012; SILVA et al., 2013). Estudo qualitativo, com nível de evidência VI, que buscou conhecer o contexto do trabalho de cuidadores domiciliares, aponta que o despreparo do cuidador para a realização das atividades de cuidado cotidianas, como banho e vestir, pode predispor aparecimento de dores lombares e problemas na coluna (YAVO; CAMPOS, 2016).

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram concordância de praticamente 100% entre os enfermeiros.

7.2.11 Discussão dos resultados para o domínio “Posicionamento e Transferência”

No que tange as orientações do **domínio posicionamento e transferência**, apenas no **pré-teste** foi acrescentado novas orientações nesse domínio. As habilidades para realizar as atividades de cuidado, como posicionamento e transferência, estão relacionadas ao uso de técnicas adequadas para sua execução. A capacidade para o posicionamento e transferência do idoso está estritamente relacionada com o grau de dependência do idoso. A execução de técnicas corretas para realizar esses cuidados está descrita no protocolo e consideradas adequadas e validadas pelos especialistas.

As intervenções de cuidado descritas na literatura, com nível de evidência VI, para o posicionamento e transferência têm como objetivo manter o alinhamento do corpo, reduzindo a pressão sobre as estruturas musculoesqueléticas e o risco de lesões. Essas são intervenções que a enfermagem pode realizar para que contribuir no equilíbrio corporal do paciente, o que é necessário para prevenir lesões de pele (RIBERTO et al., 2005; POTTER; PERRY, 2013).

Algumas sugestões da especialista no pré-teste referem-se ao **item posicionamento na cama para idosos**, no sentido de cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro, bem como nunca puxe o idoso pelo braço afetado, utilize sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama. No **item transferência** foi acrescentado nova orientação: caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, a orientação pode ser utilizar travesseiros nas laterais para ajudar no posicionamento.

Pesquisa que buscou identificar as competências que um cuidador informal deve possuir para cuidar de pessoas dependentes no domicílio, relata que saber mobilizar e posicionar o paciente é fundamental para contribuir com o bem-estar do mesmo (NOGUEIRA; AZEREDO; SANTOS, 2012). Estudo com nível de evidência VI, que relata a atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram AVC diante de algumas alterações apresentadas devido a sequelas da doença como o controle muscular e a sensibilidade corpórea, orienta-se o paciente deve manter um posicionamento anatômico correto, fazer uso de coxins, almofadas, travesseiros e órteses (LESSMANN et al., 2011).

As orientações nesse domínio são relevantes, principalmente porque compreendem os níveis de prevenção e reabilitação, com o objetivo de impedir que as morbidades se instalem, proporcionando aos pacientes que sofreram AVC uma melhor qualidade de vida.

Na validação do protocolo pela Técnica Delphi todas as orientações desse domínio obtiveram um índice de quase 100% de consenso entre os avaliadores, sem sugestões de novas orientações ou alterações.

7.2.12 Discussão dos resultados para o domínio “Prevenção de Quedas”

Nesse **domínio prevenção de quedas**, como se trata de orientações que já possuem maior conhecimento e consenso sobre esse domínio, todas as orientações que estavam no protocolo preliminar foram mantidas pela especialista no pré-teste. Na validação do protocolo pela Técnica Delphi, as orientações também mantiveram-se as mesma do protocolo preliminar.

Pesquisa com nível de evidência IV que verificou a relação entre velocidade de marcha e autoeficácia para quedas em indivíduos com hemiparesia após AVC em atendimento fisioterapêutico, apresenta que as sequelas como incoordenação motora, restrição da amplitude de movimento articular, espasticidade, fraqueza muscular, déficits sensoriais e alterações cognitivas afetam o equilíbrio e orientação corporal (RICCI et al., 2015). Pesquisa descritiva com nível de evidência VI, que validou intervenções de enfermagem para o

diagnóstico de mobilidade física prejudicada, a partir das opiniões de enfermeiros experts em reabilitação, apresenta que a paralisia, fraqueza muscular, má coordenação, falta de equilíbrio são importantes fatores de risco para quedas (ANDRADE; CHIANCA, 2013).

Além disso, estudo com nível de evidência VI, demonstra que a grande a quantidade de medicamentos utilizados é um forte preditor para quedas (RICCI et al., 2010). Diante disso, torna-se essencial o preparo dos cuidadores que cuidam de idosos vulneráveis a quedas. No tocante às intervenções relacionadas à prevenção de quedas, estão diretamente relacionados aos fatores de risco do diagnóstico risco de quedas.

Estudo que analisou a prevenção de quedas em pacientes que sofreram AVC mediante utilização de indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), utilizaram seis dos indicadores da NOC para condutas de prevenção de quedas (OLIVEIRA et al., 2011). Essas orientações vão ao encontro dos resultados do protocolo validado, sendo elas: uso de proteção de borracha na banheira ou box, uso correto de dispositivos de ajuda, uso de óculos, provisão de ajuda pessoal, iluminação adequada e fixação de tapete que podem ser utilizadas por enfermeiros ao orientar cuidadores e idosos com AVC no domicílio (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2004).

Todas as orientações relacionadas a este domínio obtiveram consenso entre os enfermeiros, com índice de concordância acima de 95%.

8 CONCLUSÃO

No presente estudo, foi construído e validado um protocolo de intervenção educativa de cuidado domiciliar para orientar cuidadores familiares de idosos após AVC. As orientações do protocolo norteiam as condutas dos enfermeiros que atuam tanto na atenção básica ou nos serviços de atenção domiciliar na busca de melhores resultados relacionados aos diversos aspectos em relação ao cuidado.

A revisão integrativa foi fundamental para determinar as intervenções educativas que devem ser orientadas aos cuidadores familiares de idosos após AVC. Além disso, demais bibliografias nacionais relacionadas ao tema em estudo possibilitaram a elaboração das definições operacionais e constitutivas do protocolo por meio de domínios, itens e orientações.

O protocolo foi avaliado por especialistas de uma equipe multidisciplinar na etapa do pré-teste. A participação desses profissionais contribuiu significativamente para o aperfeiçoamento dos itens e orientações do instrumento, pois trabalham em um hospital de referência para pacientes que sofrem AVC, tendo por experiência realizar o planejamento da alta junto com o paciente e seu cuidador familiar.

A validação por meio da Técnica Delphi ocorreu em duas rodadas e foi avaliada por enfermeiros de todo o país. Destaca-se a importância de tais profissionais apresentarem experiência em atenção domiciliar o que assegura que as orientações sejam direcionadas às necessidades dos usuários e seus familiares e ao contexto no qual estão inseridos.

Destaca-se que, tanto no pré-teste quanto na validação pela Técnica Delphi, os especialistas avaliaram o conteúdo do protocolo. Em ambas as etapas, tiveram a oportunidade de realizar sugestões, alterações e inclusões ao longo da avaliação do protocolo de acordo com suas experiências na atenção aos idosos com AVC e seus cuidadores.

Foi validado um protocolo de intervenção educativa ao cuidador familiar de idosos após AVC contendo 12 domínios de orientações: Orientações sobre o AVC; Suporte Emocional; Utilização da Rede de Atenção à Saúde; Alimentação; Vias Aéreas; Medicações; Higiene; Cuidado com a Pele; Eliminações; Vestir/Despir; Posicionamento e Transferência; Prevenção de Quedas.

Todas as orientações obtiveram consenso pela Técnica Delphi, sinalizando que os domínios do protocolo, os itens e as orientações desenvolvidas foram consistentes. Tem-se a expectativa de que a construção e a validação deste protocolo de intervenção educativa possa incentivar a elaboração de outros materiais didáticos, especialmente na área da enfermagem.

O enfermeiro têm importante papel na promoção da saúde de pessoas dependentes de cuidado no domicílio, seja como educador e/ou responsável pelo cuidado do paciente e de seus familiares, na busca de estratégias para promover a qualidade da assistência prestada. Acredita-se que o protocolo construído e validado fornece subsídios ao enfermeiro para orientar os pacientes e seus cuidadores familiares no domicílio. Além disso, os enfermeiros são facilitadores da transição do cuidado do hospital para o domicílio e, ao desenvolverem e implementarem intervenções estruturadas com utilização de protocolos de cuidados validados dirigidos a cuidadores familiares de idosos após AVC, fornecem um cuidado integral, por meio da educação e promoção da saúde de pessoas idosas e seus cuidadores.

Referente às principais limitações e dificuldades identificadas na etapa de validação, destaca-se que a Técnica Delphi configura-se numa ferramenta de coleta de dados que não permite o contato presencial com os especialistas, necessita de dedicação e tempo para avaliar o protocolo, além da demora no retorno dos especialistas no prazo estipulado. Outra limitação do estudo refere-se aos níveis de evidência das pesquisas disponíveis que ainda precisam ser qualificadas, onde o profissional pode associar esse conhecimento à sua expertise orientando a prática de cuidado e diminuindo as incertezas clínicas.

Como **implicações desta pesquisa ao ensino**, o protocolo constitui um ponto de partida para a implementação/sistematização sobre o que pode ser orientado aos cuidadores familiares de idosos após AVC, particularmente face ao envelhecimento, às doenças crônicas, à perda da capacidade funcional e à dependência de se ter um cuidador para realizar as atividades de cuidado. Nesta perspectiva, o ensino dos enfermeiros deve enfatizar as capacidades individuais de cada pessoa, prevenindo um novo AVC, estimulando a independência do idoso, diminuindo reinternações hospitalares, favorecendo uma melhor qualidade de vida tanto dos idosos quanto de seus cuidadores e, conseqüentemente, diminuindo a sobrecarga do cuidador familiar.

Quanto **as implicações à pesquisa**, o presente estudo constitui um contributo para estudos de investigação futura, sobretudo na implementação de intervenção educativa no domicílio para cuidadores familiares de idosos após AVC. Pesquisa de intervenção educativa está sendo realizada pelo grupo de pesquisa no qual a autora está inserida demonstrando a importância da construção de uma linha de pesquisa. Além disso, acredita-se que este protocolo deverá passar periodicamente por revisões para torná-lo sempre atualizado e útil na prática, a medida que novos estudos com maiores evidências são produzidos.

Os resultados deste estudo também apontam **implicações para a prática**, ao passo que os enfermeiros são elementos-chave na orientação de pacientes e cuidadores familiares.

Dessa forma, espera-se que o presente protocolo ofereça suporte aos profissionais de saúde ao orientar pacientes e cuidadores familiares de pessoas após AVC no contexto domiciliar. A utilização de protocolos no cotidiano dos enfermeiros é uma prática nos países desenvolvidos. Até o momento, não há protocolos convencionalmente definidos para a gestão de cuidados na atenção domiciliar no Brasil. Desta maneira, este estudo revela-se como inovador em âmbito nacional no sentido do planejamento do cuidado de intervenções educativas especialmente voltadas às necessidades de cuidado dos idosos dependentes após um AVC e de seus cuidadores familiares no contexto domiciliar.

REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **Com Ciência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a02n109.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2014.
- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.
- AIRES, M. et al. Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. **International Nursing Review**, Oxford, v. 59, n. 2, p. 266-273, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00940.x/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- ALMEIDA, M. A. et al. Validation of indicators of the nursing outcomes classification for hospitalized adults at risk of infection. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 309-317, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00309.pdf>. Acesso em 10 nov. 2015.
- ALVAREZ, E. et al. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secueledos de un accidente cerebro vascular: estudio piloto. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 11, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17776>>. Acesso em: 20 Mar. 2013.
- ALVES, A. F. R.; MONTEIRO, J. F. A. Repercussões Psicossociais na vida de cuidadores informais de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 26.-41, 2015.
- AMERICAN ASSOCIATION OF RESPIRATORY CARE. AARC clinical practice guideline: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. **Respiratory Care**, Philadelphia, v. 55, n. 6, p. 758-764, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20507660>>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- ANDRADE, L. T.; CHIANCA, T. C. M. Validação de intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular e mobilidade física prejudicada. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 66, n. 5, p. 688-693, set./out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/08.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, D.C.; MORETTI-PIRES, R. O. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 615-633, 2013. doi:10.1590/S1414-32832013005000014.

ANTONUCCI, L. A. O.; SAVINO, M. J. P. Paciente com ventilação espontânea prejudicada: uma revisão integrativa das intervenções de enfermagem no uso da respiração artificial. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 10, n. 1, p. 96-108, 2014. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/216>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

ANZILIERO, F. **Classificação de Manchester: avaliação do risco em eventos cardiovasculares e cerebrovasculares**. 2013. 30 f. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional) - Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2013.

ARAÚJO, O. et al. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 71, n. 10, p. 2435-2443, oct. 2015. doi: 10.1111/jan.

ARAÚJO, O.; CABRITA, J.; LAGE, I. ECPICID-AVC: an instrument for measuring self-care in older people after a stroke. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 74, maio 2014.

AZZOLIN, K. et al. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BAKAS, T. et al. Content Validity and Satisfaction With a Stroke Caregiver Intervention Program. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 41, n. 4, p. 368-375, 2009.

BAPTISTA, B.O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 147-156, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BARTFAY, E.; BARTFAY, W. Quality-of-Life outcomes among Alzheimer's disease family caregivers following community-based intervention. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 35, n. 1, p. 98-116, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/0193945911400763>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BAVARESCO, T.; LUCENA, A. F. Intervenções da Classificação de Enfermagem NIC validadas para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1109-1116, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BETIM. Secretaria Municipal de Saúde. **Normatização de Procedimentos Técnicos no Serviço de Atenção Domiciliar**: protocolo do serviço de atenção domiciliar. Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. 21 p.

BIERHALS, C. B. K. **Necessidades do cuidador familiar na atenção ao idoso**. 2015. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BORGHI, A. C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400007>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BOWMAN, E. H.; FLOOD, K. L. Care Transitions Intervention and Other Non-nursing Home Transitions Models. In: MALONE, M. L.; CAPEZUTI, E. A.; PALMER, R. M. (eds.). **Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America**. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. p. 97-114. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-16068-9_8>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b. 224 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/sistema-unico-de-saude-2/>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 16 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-Pessoa-Idosa.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília: Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013e. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_prevencao_ulcera_por_pressao.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 160 p. Caderno de Atenção Básica n. 36. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. Portal Saúde. **Acidente Vascular Cerebral**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRITO, A. F. et al. Automedicação com produtos naturais entre os acadêmicos da Facer Faculdades, Unidades Ceres-GO e Rubiataba-GO. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, Ceres, v. 1, n. 3, 2014.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem: Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. v. 2.

BUETOW, S. et al. Distinguishing objective from subjective assessments of the severity of medication-related safety events among people with Parkinson's disease: a qualitative study. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, Oxford, v. 37, n. 4, p.436-440, 2012. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01316.x.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 944p.

BURGESS, C.; COWIE, L.; GULLIFORD, M. Patients' perceptions of error in long-term illness care: qualitative study. **Journal of Health Services Research & Policy**, London, v. 17, n. 3, p. 181-187, jul. 2012. doi: 10.1258/jhsrp.2012.011122.

CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente de aprendizagem virtual em administração em enfermagem**. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. doi: 10.11606/D.7.2006.tde-17102006-112027.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-121, 352p.

CAMERON, J. I.; GIGNAC, M. A. M. "Timing It Right": A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 70, n. 3, p. 305–314, mar. 2008.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013.

CAMPOS, C. V. S.; SILVA, K. L. Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 753-762, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/885>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

CARDOSO, L. R. A. et al. Prospecção de futuro e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 63-78, 2005.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. 2009. 269 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

CAVALCANTE, T. F. et al. Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, spec., p. 250-258, 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/0B2eRTL5jMSMCN2IyakpTbUVsbTQ>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600031>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CAWTHON, C. et al. Improving Care Transitions: The Patient Perspective. **Journal of Health Communication**, London, v. 17, n. 3, p. 312-324, 2012.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.

CHANG, A. M. et al. A Delphi study to validate an Advanced Practice Nursing tool. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, n. 10, p. 2320-2330, out. 2010.

CHOI, K. H. et al. Risk factors of drug interaction between warfarin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in practical setting. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 25, n. 3, p. 337-341, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3346/jkms.2010.25.3.337>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CLARKE, D. et al. Implementing a training intervention to support caregivers after stroke: a process evaluation examining the initiation and embedding of programme change. **Implementation Science**, England, v. 8, n. 1, p. 1-15, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765868/pdf/1748-5908-8-96.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

CLARKE, D. J. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 23, n. 9-10, p. 1201-1226, maio 2014.

COELHO, A. D. et al. O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 639-649, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027982017>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CORREA, A. G. et al. A Importância do Profissional da Saúde na Educação do Cuidador. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 225-230, 2014. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2014-02/Resumos/06.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

COSTA, T. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 245-252, 2015.

COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C. P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 76-85, jan./fev. 2016. doi: 10.15253/2175-6783.2016000100011.

CRUZ, D. C. M. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série III, n. 2, p. 127-136, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014>. Acesso em: 25 nov. 2016.

CRUZ, P. L. B.; SAMPAIO, S. F.; GOMES, T. L. C. S. O uso de práticas complementares por uma equipe de Saúde da Família e sua população. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p. 486-495, 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1483>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

DAMATA, S. R. R. et al. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 107-117, jan./fev./mar. 2016. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751/pdf_283>. Acesso em: 25 set. 2016.

DATASUS. TABNET. Indicadores de saúde. Epidemiologia e Morbidade. **Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)**. 2016.

DREYER, E. et al. **Nutrição enteral domiciliar**: manual do usuário, como preparar e administrar a dieta por sonda. 2. Ed. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011. 33 p. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/Manual_paciente.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2016.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUCA, G. F.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2016.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FALEIROS, F. et al. Right to health care and materials required for intermittent catheterization: a comparison between Germany and Brazil. **Quality in Primary Care**, Abingdon, v. 23, n. 3, p. 127-133, 2015. Disponível em: <<http://primarycare.imedpub.com/right-to-health-care-and-materials-required-for-intermittent-catheterization-a-comparison-between-germany-and-brazil.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675-682, 2016.

FERNANDES, M. G. et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da Escala de Waterlow. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 56-60, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3977>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente em domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.

FORBES, D. A. Availability and acceptability of Canadian home and community-based services: perspectives of family caregivers of persons with dementia. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 27, n. 2, p. 75-99, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928206>>. Acesso em: 21 dez. 2016

FUJINO, V.; NOGUEIRA, A. B. N. S. Terapia de nutrição enteral em pacientes graves. Revisão da Literatura. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.14, n.4, p. 220-226, 2007. Disponível em: <<http://www.nutricritical.com/core/files/figuras/file/Artigo%2029%20setembro%202011.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

GARRITANO, C. R. et al. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 98, p. 519-27, 2012.

GARSKE, C. C. D. et al. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do sul do Brasil. **Saúde**, Santa Maria, v. 42, n. 2, p. 97-105, jul./dez, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583421751>.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da Metodologia Delphi pela Internet – Vantagens e Ressalvas. **Administração On Line**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 14 fev. 2015.

GOMES, I. M. et al. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 110-3, 2012.

GORZONI, M. L.; TORRE, A. D.; PIRES, S. L. Medicamentos e sondas de nutrição. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 17-21, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2016.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2016

GROCHOVSKI, C. S.; CAMPOS, R.; LIMA, M. C. A. M. Ações de Controle dos Agravos à Saúde em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 4, p. 269-276, 2015.

GUERRERO, K. S.; PULS, S. E.; ANDREW, D. A. Transition of care and the impact on the environment of care. **Journal of Nursing Education and Practice**, Toronto, v. 4, n.6, p. 30-36, 2014. doi: 10.5430/jnep.v4n6p30.

GUIMARAES, M. L. et al. O cuidado ao Idoso em Saúde Coletiva: Um Desafio e Um Novo Cenário de Prática. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. (Org). **Enfermagem em Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. p. 299-313.

HAFSTEINSDÓTTIR, T. B. et al. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 85, n. 1, p. 14-25, out. 2011. doi: 10.1016/j.pec.2010.07.046.

HCPA. **Educação em Saúde**. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2016. Disponível em: < <https://www.hcpa.edu.br/content/view/7821/2345/>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

HERMANN, A. P.; CRUZ, E. D. A. Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4. p. 520-525, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13111/8869>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

HESSELINK, G. et al. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 66-74, 2013.

HIRAKAWA, Y. et al. Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. **Arquivos of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdã, v. 52, p. 202-205, 2011. doi: 10.1016/j.archger.2010.03.019.

HSU, C. C.; SANDFORD, B. A. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, v. 12, n. 10, 2007. Disponível em: <<http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10> >. Acesso em: 10 nov. 2015.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm>. Acesso em: 15 maio 2016.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/brasil_defaultxls.shtm>. Acesso em: 15 dez. 2016.

INTERRAI. **Home Care**. Disponível em: <<http://www.interrai.org/home-care.html>>. Acesso em: 20 maio 2014.

KALRA, L. et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 328, p. 1-5, maio 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7448.1099>>. Acesso em: 20 maio 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7448.1099>.

KANAAN, A. O. et al. Adverse Drug Events After Hospital Discharge in Older Adults: Types, Severity, and Involvement of Beers Criteria Medications. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 61, n. 11, p. 1894–1899, 2013. doi: 10.1111/jgs.12504.

KIM, S. S. et al. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. **International Nursing Review**, Geneva, v. 59, n.3, p. 369–375. 2012. Disponível em: <10.1111/j.1466-7657.2011.00967.x>. Acesso em: 12 dez. 2016.

KREVERS, B.; ÖBERG, B. Support /services and family carers of persons with stroke impairment: perceived importance and services received. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Estocolmo, v. 43, p. 204–209, 2011. Disponível em: <10.2340/16501977-0649>. Acesso em: 12 dez. 2016.

KRIPALANI, S. et al. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 157, n. 1, p. 1-10, 2012. doi: 10.7326/0003-4819-157-1-201207030-00003.

KRIPALANI, S. et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine**, London, v. 2, n. 5, p. 314-323, 2007. doi: 10.1002/jhm.228.

KUO, L. M. et al. A home-based training program improves Taiwanese Family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 28, n. 5, p. 504-513, 2013. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1002/gps.3853>. Acesso em 12 dez. 2016.

LACERDA, A. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: Um Novo Olhar Sobre a Integralidade do Cuidado no Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. 2010. 201 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010a.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, 2006.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010b.

LARSON, J. et al. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 14, n. 8, p. 995-1003, 2005.

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, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2016.

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, jul./ago. 2016. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423i>. Acesso em: 19 dez. 2016.

LIMA, D. F. et al. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 578-584, jul-ago. 2014. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400004.

LIP, G. Y. H. et al. The value of the European Society of Cardiology guidelines for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation categorized as low risk using the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation stroke score: a nationwide cohort study. **Chest**, Park Ridge, v. 146, n. 5, p. 1337-1346, 2014. doi: 10.1378/chest.14-0533.

LISBOA, C.D.; SILVA, L. D.; MATOS, G. C. Investigação da administração de medicamentos por cateteres em terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 573-580, jul./set. 2014.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v29i2.1072>.

LOPES, J. L. et al. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 554-560, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000600008&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACHADO, D. O. et al. Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância. **Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. 129 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4258.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MACHADO, R. C.; GUERRA, G. M.; BRANCO, J. N. R. Validação de protocolo para assistência a pacientes com balão intra-aórtico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. spe1, p. 13-19, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800003>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MADIGAN, E. A.; CURET, O. L. A data mining approach in home healthcare: outcomes and service use. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 18, 2006.

MANIVA, S. J. C. F.; FREITAS, C. H. A. Cuidado de enfermagem no adoecimento por acidente vascular encefálico: revisão integrativa da literatura brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 679-689, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i3.12363>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, D. A.; SOARES, F. F. R. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 83-87, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v13i1.11956>.

MARTINS, G.A. Sobre Confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19824/2/84166.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MASTROIANNI, P. C. et al. Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v.8, n.2, p. 6-24, 2012. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/677>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. Making the case for evidence-based practice. p. 3-24.

MELO, E. M. et al. Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre o procedimento de aspiração endotraqueal. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 3, n. 3, p. 58-65, jul./set 2014. Disponível em: <<http://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1987>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MELO, R. M. C.; RUA, M. S.; SANTOS, C. S. V. B. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 2, p. 143-151, maio/jun. 2014a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MELO, R.; RUA, M.; SANTOS, C. O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 6, n. 2, jul. 2014b. Disponível em: <<http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2922/2736>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

MENEGASSI et al. Características físico-químicas e qualidade nutricional de dietas enterais não-industrializadas. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara v.18, n.2, p. 127-132, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/view/3704/1531>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORAES, J. C. O. et al. O Idoso e seus Direitos em Saúde: uma compreensão sobre o tema na realidade atual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa. v. 18, n. 3, p. 255-60, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.03.10>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MORAIS, H. C. C. et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 944-953, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500017&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2016.

MOREIRA, M. R. et al. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.27-38, mar. 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MORES, G. et al. Pilot evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. **Canadian Association of Neurological and Neurosurgical Nurses**, v. 35, n. 2, p.18-26, 2013.

MOURA, M. C.; CASULARI, L. A. Impacto da adoção de medidas inespecíficas no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo em idosos: a experiência do Distrito Federal, Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.38, n. 1, p.57-63, 2015.

MOZAFFARIAN, D. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update. **Circulation**, Waltham, n.133, p.38-360, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

NOGUEIRA, M. A. A.; AZEREDO, Z. A.; SANTOS, A. S. Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 749-759, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a02.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

NUNES, D. L. S.; FONTES, W.S.; LIMA, M. A. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 21, n. 1, p. 87-96, 2017. Disponível em: <10.4034/RBCS.2017.21.01.11>. Acesso em: 9 dez. 2016.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Conduas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-113, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a18.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico - necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 43-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100006>. Acesso em: 19 dez. 2016.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, set./out. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500017>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

OLIVEIRA, P. S. et al. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4841-4849, jul./set. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4841-4849>.

PAIVA, R. S.; VALADARES, G. V. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 249-255, 2013.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 837-840, 2010.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-736, out. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-7167201200050003>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

PEIXOTO, J. S. et al. Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 156-164, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300021>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

PELEGRINO, F. M. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, adesão ao tratamento medicamentoso e auto eficácia de indivíduos submetidos a um programa educacional após iniciarem o uso de anticoagulante oral**. 2013. 101 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

PEREHOUSKEI, N. A.; ANGELIS, B. L. D.; FONZA, U. J. V. A organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Sociedade e Território**, Natal, v. 27, n. 1, p. 101 -116, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/sociedadeeterritorio/article/view/5135>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

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.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

PINHEIRO, S. J. et al. Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 545-552, jul./ago. 2016.

PLANK, A.; MAZZONI, V.; CAVADA, L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 13-14, p. 2072-2082, 2012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO ALEGRE. Saúde começa a implantar programa de atenção domiciliar. 2014. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/default.php?p_noticia=172342&SAUDE+COMECA+A+IMPLANTAR+PROGRAMA+DE+ATENCAO+DOMICILIAR>. Acesso em: 25 ago. 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RENOVATO, R. D.; CARVALHO, P. D.; ROCHA, R. S. A. Investigação da técnica de administração de medicamentos por sondas enterais em Hospital Geral. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001560013>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 dez. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201200100002>.

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, n. 2, p. 25-44, 2012.

RIBERTO, M. et al. Independência funcional em pacientes com lesão medular. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 61-66, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/viewFile/102527/100821>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

RICCI, N. A. et al. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo programa de saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 898-909, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400016>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

RICCI, N. A. et al. Velocidade de marcha e autoeficácia em quedas em indivíduos com hemiparesia após Acidente Vascular Encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 191-196, 2015. doi: 10.590/1809-2950/14484522022015.

RODRIGUES, M. T.; RIBEIRO, P. S.; COUTO, R. C. Transformação Hemorrágica Pós Endarterectomia no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 4, p. 31-33, 2016. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160046>.

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. esp., p. 216-224, fev. 2013. doi: 10.1590/S0104-11692013000700027.

RODRIGUES, S. M. L.; OLIVEIRA, M. C. C.; SILVA, P. Percepções dos enfermeiros e doentes com AVC sobre a Educação para a Saúde. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 6, p.87-95, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14058>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, 2007.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004. p. 203-217.

ROUBICEK, J. et al. Servicio de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 6, n. 3, p. 172-176, 1999. RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTOS, N. M. F.; TAVARES, D. M. S. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 960-966, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400025>. Acesso em: 20 out. 2016.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012a.

SCARPARO, A. F. **Perspectivas do gerenciamento de enfermagem hospitalar**. 2012. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012b.

SCHUITEMA, C. F. J. Basics in clinical nutrition: Diets for enteral nutrition. **European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism**, v. 4, n. 4, p. 168-169, 2009. doi: 10.1016/j.eclnm.2009.05.002.

SCHWEIGERT, I. D.; PLETSCH, M. U.; DALLEPIANNE, L. B. Interação medicamento nutriente na prática clínica. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 23, n. 1, p. 72-77, set. 2008.

SEHN, L. Análise da Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Rio Grande do Sul. **Boletim epidemiológico**, Porto Alegre, v. 14, supl.1, p. 1-8, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1386775038_BE%20V14%20-20suplemento%201.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2016.

SHAMJI, H. et al. Improving the Quality of Care and Communication During Patient Transitions: Best Practices for Urgent Care Centers. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 40, n. 7, p. 319-324, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25130015>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SIEGEL, J. D. et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SILVA, L. D. **Procedimentos e enfermagem**: semiotécnica para o cuidado. 1. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

SILVA A.M, et al. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 348-351, jun. 2009.

SILVA, A. L. et al. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 27, n. 4, p. 792-803, 2013. doi: 10.1111/scs.12019.

SILVA, I. F. G. et al. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 8, p.103-111, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SILVA, R. C. A.; MONTEIRO, G. L.; SANTOS, A. G. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 45, p. 114-120, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.13037/rbcs.vol13n45.3114>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SILVA, W. et al. Educação em saúde com cuidadores de idosos de uma instituição de longa permanência. **Biblioteca Lascasas**, Granada, v. 11, n. 4, 2015a. Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0870.php>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

SILVEIRA, R. E. S. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, São Paulo. v.11, n.4, p. 514-20, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS VASCULARES (SSBDV). **Acidente Vascular Cerebral**. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp>. Acesso em: 30 fev. 2016.

STIRLING, C. et al. Measuring dementia carers' unmet need for services – an exploratory mixed method study. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/122>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

TOLEDO, I. S. B. et al. Utilização de oficinas educacionais para estímulo a compreensão de pacientes sobre o tratamento anticoagulante. **Revista Saúde.com**, Jequié, v. 12, n. 2, p. 602-612, 2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/378>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

TREVISAN, C. M. et al. Aspectos clínicos relevantes de pacientes com acidente vascular cerebral na emergência hospitalar: implicações para o serviço público de saúde. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 14, n. 2, p. 171-176, mai./ago. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/13607>>. Acesso em: 19 dez. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v14i2.13607>.

TROMPETER, J. M. et al. Medication Discrepancies during Transitions of Care: A Comparison Study. **Journal for Healthcare Quality**, v. 13, p 1-7, 2014. doi: 10.1111/jhq.12061.

TSAI, P. C. et al. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. **Patient Preference and Adherence**, New Zealand, v. 9, p. 449-457, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/PPA.S77713>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

VAHR, S. et al. Evidence-based guidelines for best practice in urological health care. **Catheterisation Urethral intermittent in adults: Dilatation, urethral intermittent in adults**. European Association of Urology Nurses, 2013. Disponível em: <http://patients.uroweb.org/wp-content/uploads/Catheterisation-Urethral-Intermittent-in-adults-Lr_DEF.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016

VAINGANKAR, J. A. et al. Perceived unmet needs of informal caregivers of people with dementia in Singapore. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 25, n. 10, p. 1605-1619, 2013. doi:10.1017/S1041610213001051.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília. v. 21, n.4, p. 539-48, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

VICHAS, R. P. **How to mine a natural deposit of dazzling opinions with the Delphi Technique**. In: Complete handbook of profitable marketing research techniques. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, maio/jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023>. Acesso em: 02 dez. 2016.

WALTON, M. K. Supporting Family Caregivers: communicating with family caregivers. **The American Journal of Nursing**, v. 111, n. 12, p. 47-53, 2011. Disponível em: <http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2011/12000/Suporting_Family_Caregivers__Communicating_with.27.asp x 13>. Acesso em: 27 nov. 2016. doi: 10.1097/01.NAJ.0000408186.67511.b9.

WASHINGTON, K. T. et al. Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 83, n. 1, p. 37-44, 2011. doi: 10.1016/j.pec.2010.04.017.

WHO. **The atlas of heart disease and stroke**. World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>. Acesso em: 02 fev. 2016.

WORLD STROKE CAMPAIGN. **Stroke Facts**. 2016. Disponível em: <<http://www.worldstrokecampaign.org/learn/stroke-facts.html>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

WOOD, G. L.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In: Wood GL, Haber J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 110-121.

YAVO, I. S.; CAMPOS, E. M. P. Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 20-32, abr. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2016.

ZACCARON, F. T. et al. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: estudo de obstrução de sonda nasoentérica. **III Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha**, Caxias do Sul, v. 3, n. 3, set.2015. Disponível em: <http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisa_extensao/article/view/1583>. Acesso em: 23 nov. 2016.

ZADÁK, Z.; SMITH, L. K. Basics in clinical nutrition: Commercially prepared formulas. **European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism**, v. 4, n. 5, p. 212-215, out. 2009. doi: 10.1016/j.eclnm.2009.05.005.

DOMINIO 1: ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ORIENTAÇÕES GERAIS
1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.
2. Explicar os tipos de AVC: <ul style="list-style-type: none"> • AVC isquêmico: É quando ocorre uma obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no cérebro. • AVC hemorrágico: É uma ruptura espontânea de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro.
3. Conhecer sinais e sintomas do AVC. Ficar atento aos seguintes sinais súbitos: <ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza ou formigamento na face, no braço ou na perna, especialmente em um lado do corpo; • Confusão, alteração da fala ou compreensão; • Alteração na visão (em um ou ambos os olhos); • Alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; • Dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente.
4. Conhecer fatores de risco do AVC: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto, fumo e sedentarismo.

DOMINIO 2: SUPORTE EMOCIONAL

APOIO AO CUIDADOR
1. Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador.
2. Informar sobre a condição do idoso e mostrar quais são as necessidades de cuidado do idoso.
3. Fazer afirmações positivas sobre os esforços e conhecimento do cuidador.
4. Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades.
5. Apoiar as decisões do cuidador desde que garantam a segurança do idoso.
6. Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitário.

7. Identificar e reforçar a rede de apoio do cuidador.

8. Discutir os limites do cuidador com o idoso.

APOIO EMOCIONAL AO CUIDADOR E IDOSO

1. Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.

2. Encorajar o diálogo ou choro como formas de reduzir a resposta emocional.

3. Oferecer assistência na tomada de decisão.

4. Fazer declarações de apoio e empatia.

REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO

1. Realizar uma abordagem calma e tranquilizadora.

2. Oferecer informações de diagnóstico, tratamento e prognóstico.

3. Escutar o idoso e o cuidador com atenção.

DOMINIO 3: UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ACESSO A REDE DE SAÚDE

1. Orientar como fazer o Cartão SUS:

- Pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa;
- Basta se dirigir até uma unidade de saúde mais próxima de sua residência, com os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento e número de PIS/PASEP (se tiver).

2. Em caso do cuidador e o idoso não possuir cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procure o posto de saúde mais próximo da sua casa com os seguintes documentos:

- Cartão SUS;
- Comprovante de residência;
- Identidade e CPF.

MEDICAÇÃO ESPECIAL

Documentação necessária para abertura de processo para solicitação

1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do paciente.
2. Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc.), posologia e duração do tratamento.
3. Relatório médico detalhado contendo diagnóstico da doença, história terapêutica prévia, tempo de duração do tratamento e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação.
4. Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está (ão) sendo pedido(s) o(s) medicamento(s).
5. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de medicamentos especiais.

DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Documentação necessária para abertura de processo para solicitação

1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do idoso.
2. Receita médica original atualizada e com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e o nome da dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplemento alimentar preferencialmente pela descrição genérica, apresentação, posologia e duração do tratamento.
3. Formulário Cadastro de Usuários.
4. Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN.
5. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de fórmulas nutricionais especiais.

FRALDA

1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares, documentação necessária: laudo médico de profissional vinculado ao SUS (com validade de seis meses), constando o diagnóstico da doença (CID), o tamanho das fraldas (GG, G, M, P), quantidade/mês; identidade e CPF do idoso e cuidador; procuração do cuidador com plenos poderes.

MATERIAL DE CURATIVO

1. Orientar a buscar o serviço de saúde para solicitar o material.
2. Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo.

DOMÍNIO 4: ALIMENTAÇÃO

VIA ORAL
1. Estimular que ele faça as refeições sentado. Se possível, dar preferência para a mesa e não à cama.
2. Posicionar o braço afetado em cima da mesa, ou de um travesseiro, e não deixar o membro caído.
3. Oferecer alimentos cortados em pedaços menores para facilitar a mastigação.
4. Oferecer líquidos utilizando um copo, evitando a aspiração.
5. Caso o idoso tenha dificuldade para se alimentar, dê preferência a alimentos líquidos e pastosos como: legumes amassados, purês, sopas, mingau. Evitar alimentos com duas consistências e oferecer em quantidades menores.
6. Oferecer alimentos com pouco sal, evitando-o sempre que possível.
7. Fornecer de 6 a 8 copos de líquidos por dia, se não houver restrição.
NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com as sondas
1. Manter sempre a sonda posicionada, observando a marcação.
2. Manter fixação da sonda limpa e seca, de forma que não machuque a narina, bochecha ou orelha.
3. Quando necessário o curativo da sonda nasointestinal deve ser trocado. Para troca: Fixar a sonda na bochecha do idoso com pequeno pedaço de esparadrapo; Umedecer uma gaze e passar no curativo até soltar da pele; Desenrolar cuidadosamente o micropore/esparadrapo da sonda; Com gaze umedecida com sabão, higienizar o nariz do idoso; Após secar com gaze e realizar novo curativo com fixação de sonda.
4. Não iniciar a administração da sonda se houver dúvidas quanto ao posicionamento da mesma.
5. Lavar a sonda com 20ml de água morna fervida ou filtrada, após a administração de cada frasco de dieta.
6. Nunca misture medicamentos na dieta.
7. Não administre pela sonda: chás, sucos, refrigerantes, sopas ou misturas não prescritas.
8. Manter sonda fechada se não estiver em uso.
9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser trocada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso.
NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas
1. Troque o curativo do estoma diariamente, após o banho do idoso.
2. Limpe a região com gaze e soro fisiológico ou utilize o sabonete neutro.

PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL

1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
2. Os alimentos da dieta devem ser liquidificados com água fervida ou filtrada.
3. Se possível, coar a dieta liquidificada para evitar o entupimento da sonda.
4. Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 12 horas.
5. Pendurar o frasco da dieta a uma altura de no mínimo 60 cm.

ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA

1. Se a mistura estiver na geladeira, o volume necessário deve ser separado e colocado no frasco da dieta.
2. O frasco da dieta deve ser colocado tampado em água morna até atingir a temperatura ambiente, ou conforme indicação da equipe. Testar temperatura no pulso.
3. O frasco deve ser acoplado ao equipo, que liga-se na sonda de alimentação enteral, para assim iniciar a administração da dieta.
4. Coloque o idoso sentado na cadeira ou na cama com as costas bem apoiadas enquanto a dieta estiver sendo administrada. Manter esta posição por 30 minutos após o término da dieta.
5. A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia.
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 40 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
7. Controlar o gotejamento da dieta, em torno de 60 gotas por minuto = 1 gota por segundo. Pode levar de 1 hora à 1 hora e 30 minutos.
8. Sempre observar o idoso enquanto a dieta está sendo administrada.

PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios

1. Utilizar utensílios totalmente limpos para a preparação da dieta enteral, para evitar contaminação.
2. A esponja para limpeza destes utensílios deve ser exclusiva para esta finalidade.
3. Preferir utilizar frascos de vidros, pois são mais fáceis de limpar.
4. O frasco de vidro deve ser limpo a cada troca de dieta com esponja, sabão neutro e água morna. A higienização final deve ser com água fervida e morna.
5. O equipo e os frascos podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizando novamente.
6. Guardar o equipo seco na geladeira em saco plástico fechado ou em pote com tampa.
7. Usar seringas de 20 mL quando necessário. Esta deve ser limpa com sabão neutro e água morna e armazenada seca na geladeira.
8. Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem.

PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)
--

- | |
|---|
| 1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta. |
| 2. Pare imediatamente a administração da dieta quando esta sair pela boca ou nariz, quando o idoso apresentar falta de ar ou ficar com os lábios e pele da cor roxa. Posicione-o com cabeceira elevada e leve-o ao serviço de emergência. |
| 3. Quando a sonda estiver entupida, lave-a com água morna fervida, administrando em seringa de 20 mL, tentando fazer pressão com a água. Repita este procedimento até 3 vezes. Se a sonda não desentupir procure atendimento no serviço de saúde. |
| 4. Se a sonda tracionar ou sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde. |

DOMÍNIO 5: VIAS AÉREAS

LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA

- | |
|--|
| 1. A limpeza da traqueostomia deve ser feita no mínimo uma vez ao dia. Somente a parte interna é retirada para limpar. Em caso de muita secreção a limpeza pode ser feita mais vezes. |
| 2. Lave as mãos, destrave e remova a endocânula. |
| 3. Coloque a endocânula em um pote com água morna por alguns minutos (cerca de 2 minutos). Atenção: segure a traqueostomia ao retirar a endocânula e tenha certeza que a parte externa está fixa com o cadarço. |
| 4. Introduza uma gaze úmida (com água filtrada ou fervida) dentro da endocânula. Para isso pode-se utilizar uma pinça, agulha de crochê, arame, haste flexível (cotonete) ou as próprias mãos. Destinar o uso dos materiais somente para esse fim. Caso optar pelo uso da haste flexível, descartá-los após o uso. Repetir o procedimento até a gaze sair limpa. Após seque a endocânula com uma gaze e recoloque-a na cânula. |
| 5. Os materiais utilizados para limpeza da endocânula (pinça, agulha de crochê, arame), após o uso, devem ser limpos com água e sabão e armazenados em recipiente com tampa. |
| 6. Limpe o pescoço ao redor da traqueostomia. Isso pode ser feito com gazes umedecidas com soro fisiológico. |
| 7. Coloque duas gazes dobradas entre a pele e a cânula em cada lado da traqueostomia. Isso evita que a pele fique irritada ou machucada. |
| 8. O cadarço que prende a traqueostomia no pescoço também deve ser trocado no mínimo uma vez ao dia. É importante segurar a traqueostomia com uma das mãos e com a outra trocar o cadarço. |

ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

1. Lave as mãos com água e sabão.
2. Calce luvas descartáveis.
3. Separe o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).
4. Ligue o aspirador e confirme se está funcionando.
5. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado.
6. Introduza a sonda na traqueostomia. A sonda deve ser introduzida no máximo em 8 centímetros.
7. Solte o látex/silicone e retire lentamente a sonda aspirando as secreções. Em caso do idoso apresentar tosse retire a sonda e pare de aspirar.
8. A sonda não deve ficar mais de 15 segundos dentro da traqueostomia durante aspiração.
9. Deixe a pessoa respirar dez vezes antes de repetir o procedimento. Repita o procedimento até diminuir a quantidade de secreção.
10. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro.
11. Desligue o aparelho.
12. Retirar as luvas usadas e desprezar.
13. Lavar novamente as mãos.

DOMÍNIO 6: MEDICAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES
1. Separar as medicações em sacos rotulados com nomes das medicações e horários de administração e não tirá-las de suas embalagens originais para controlar a data de validade e evitar que se misturem.
2. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àquelas que necessitarem de refrigeração devem ser guardadas na geladeira.
3. Materiais e medicamentos de curativos, como pomadas, gazes, ataduras, esparadrapo e soro fisiológico, devem ser guardados em caixa com tampa, separado de outros medicamentos.
4. Materiais de nebulização devem ser guardados em caixa plástica com tampa e sempre secos.
5. Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas.
6. Não modifique a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses de medicações, sem a orientação de um profissional qualificado.
7. Acenda a luz sempre que for preparar ou administrar medicação, para evitar trocas.
8. Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, pois muitos são considerados medicamentos e podem interferir no efeito desejado da medicação que ele está utilizando.
9. Sempre leia o nome do medicamento antes de administrá-lo.
10. Não utilize medicamentos indicados por outras pessoas sem prescrição médica.
11. Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados.
VIA SONDA: cuidados na administração de medicamentos
1. Realizar “lavagem” da sonda com água antes de administrar o medicamento.
2. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar toda medicação.
3. Administrar cada medicamento separadamente via sonda.
4. Sempre após a administração do medicamento, lavar bem a seringa com água e guardar em local seco e arejado.
VIA ORAL: cuidados na administração de medicamentos
1. Posicionar o idoso sentado ou com cabeceira elevada.
2. Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu.
ANTICOAGULANTE ORAL: cuidados na administração de medicamentos
1. Caso esqueça a medicação do dia anterior, tome apenas o comprimido do dia.
2. Estar atento a sangramento na: gengiva; nariz; manchas roxas na pele; urina; fezes; catarro; vômito.

3. Evitar o uso de analgésicos como AAS ou Aspirina, pois podem causar irritação no estômago e sangramento.
4. Identificar em algum documento que você está em tratamento com anticoagulante oral.
5. Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento.

SUBCUTÂNEA – CUIDADOS COM A INSULINA

1. Lave bem as mãos com água e sabão.
2. Misturar a insulina (NPH) lentamente entre as mãos até o líquido ficar leitoso e homogêneo. Não sacudir ou agitar o frasco.
3. Limpar a tampa do frasco com algodão com álcool.
4. Aspire a quantidade de unidades da insulina de acordo com a prescrição. Se houver bolhas de ar injete a insulina de volta e aspire novamente.
5. Limpe a pele com algodão com álcool em sentido único.
6. Para aplicar faça uma prega na pele com os dedos e introduza a agulha em ângulo reto e após solte a prega e injete a insulina suavemente. Não esfregue o local e tampe agulha para evitar contaminação.
7. Esperar cinco segundos após a aplicação antes de retirar a agulha da pele, para garantir que não extravase a insulina.
8. Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada e sempre deixe a NPH por último.
9. **Locais de aplicação:** faça rodízio aplicando no abdômen, braço, nádegas e coxas.
10. **Descarte:** coloque as seringas e agulhas em frascos rígidos resistentes como frascos de amaciantes e garrafas PET.
11. **Estar atento a sinais de HIPOGLICEMIA durante o tratamento:** tonturas; tremores nas mãos; zumbido no ouvido; dormência ao redor da boca e da língua; fome exagerada; ânsia de vômito; sono; coração acelerado. **Na presença desses sinais e sintomas:** se possível realizar o teste de HGT (< 70 mg/dL); ofereça ao idoso algo doce, como por exemplo água com açúcar ou suco doce. Se o idoso não conseguir engolir, não forçar. Coloque açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e bochecha, e leve-o ao serviço de saúde.

DOMINIO 7: HIGIENE**CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO**

1. Regular a temperatura da água.
2. Manter janelas e portas fechadas para evitar correntes de ar.
3. Colocar o idoso sentado em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com uma toalha para não escorregar.
4. Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para evitar quedas.
5. Não deixar o idoso sozinho durante o banho.
6. Estimule o idoso a realizar sua própria higiene, só realize aquilo que o idoso não conseguir fazer sozinho.
7. Se necessário, utilizar um chuveirinho de mão para auxiliar no banho.
8. Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço.
9. Ajude o idoso a se enxugar, secando bem partes íntimas e dobras de joelhos, mamas, axilas e entre os dedos.
10. A higiene dos cabelos deve ser realizada no mínimo três vezes por semana.
11. Inspeccionar a integridade da pele em geral.

CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO

1. Utilize luvas descartáveis ou de borracha.
2. Cubra o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.
3. Inicie a higiene pela cabeça.
4. Lave o rosto com pano molhado e pouco sabonete, após enxague o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.
5. Para lavagem dos cabelos, cubra um travesseiro com plástico e coloque embaixo da cabeça da pessoa uma bacia.
6. Molhe a cabeça e passe um pouco de xampu.
7. Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até retirar toda a espuma.
8. Seque os cabelos, com toalha ou secador.
9. Lave os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado sabonete. Enxágüe o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.
10. Seque bem os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante e hidratante.
11. Cubra as partes superiores do corpo com uma toalha seca. Faça da mesma forma com as pernas.
12. Lave os pés e seque-os, principalmente entre os dedos. Passe creme hidratante
13. Posicione o idoso lateralmente, e higienize as costas. Seque-as e, se possível, passe hidratante.
14. Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e colocar a comadre em baixo do quadril.

- | |
|---|
| 15. Na mulher, realizar a higiene da vagina da frente para trás, evitando que a água esorra do ânus para a vulva. |
| 16. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glândula, para que esta possa ser limpa e seca. |
| 17. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e sempre que o idoso urinar ou evacuar. |
| 18. Utilizar sempre panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele. |

HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA

- | |
|--|
| 1. Se possível, colocar o idoso sentando em frente a pia, ou oferecer-lhe uma bacia. |
| 2. Dar preferência a escovas de cerdas macias e sempre que possível o fio dental. |
| 3. Utilizar pequena porção de pasta de dente, para evitar engasgos. |
| 4. Se o idoso necessitar de ajuda escove os dentes do idoso. |
| 5. Retire as próteses dentárias e limpe-as com escova de dente de cerdas mais duras, água e sabão neutro ou pasta dental. |
| 6. Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilize uma escova de cerdas macia. |
| 7. Limpar a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de trás da língua para não causar ânsia de vômito. |
| 8. Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese limpa. |
| 9. Inspeccionar a boca do idoso para presença de feridas, que podem ser causadas por dentes quebrados. |
| 10. Observar gengivas inflamadas e/ou com sangramentos. A higiene oral deve ser melhorada nestes casos. |

DOMÍNIO 8: CUIDADOS COM PELE

EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO

- | |
|---|
| 1. Se possível, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, poder ser realizada quando for acordar o idoso para dar medicação ou realizar outro cuidado. |
| 2. Mantenha a roupa de cama sempre bem esticada. Rugas e dobras podem provocar lesões na pele. |
| 3. Se possível, utilize colchão piramidal, que alivia o peso da pessoa em diferentes pontos onde os ossos são mais salientes. |
| 4. Proteja o colchão com plástico na região das nádegas, e coloque um lençol macio. A pele não deve ficar em contato com o plástico. |
| 5. Se possível, mantenha a pele hidratada com hidratantes e óleos. |
| 6. Se possível, oferecer líquidos em pequenas quantidades diariamente, pois idosos desidratam com facilidade. |
| 7. Trocar fraldas sempre que a pessoa urinar ou evacuar, evitando que a pele fique úmida. |
| 8. Procure alimentar o idoso fora da cama, evitando que resíduos fiquem no lençol e machuquem a pele. |
| 9. Não utilizar almofadas do tipo “rosca”. |

10. Evite esfregar a pele com força quando estive realizando higiene corporal. Faça movimentos suaves e use sabonete em pouca quantidade, enxaguando-o bem, para que a pele do idoso não fique ressecada.
11. Hidratar a pele de preferência com hidratante neutro, com movimentos leves sem fricção nas proeminências.

CUIDADOS COM ASSADURAS

1. Aparar pelos pubianos com tesoura, facilitando a higiene e a manutenção da área íntima seca.
2. Secar bem o idoso após o banho.
3. Realizar higiene íntima após urinar ou evacuar.
4. Se tiver lesões de pele persistente no períneo, procurar serviço de referência.

DOMÍNIO 9: ELIMINAÇÕES

TROCA DE FRALDA

1. Realizar a lavagem das mãos antes da troca.
2. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartável.
3. Na mulher, realizar a higiene no sentido da frente para trás, evitando que as fezes entre em contato com a vagina.
4. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca.
5. Secar bem, principalmente entre as dobras.
6. Inspecionar a pele para identificar lesões.
7. Se necessário, utilizar protetor cutâneo como óxido de zinco, óleo, hidratante, entre outros).
8. Fechar a fralda sem que fique muito apertada para evitar lesões na virilha.
9. Lavar as mãos após a troca.
10. Procurar realizar a troca em local adequado, preservando a intimidade do idoso.
11. Se o idoso for incontinente, realizar a troca de, no mínimo, 4 vezes ao dia.

USO DO VASO SANITARIO

1. Ajudar o idoso a sentar no vaso, flexionando suas pernas segurando-o pelas axilas.
2. Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso evitando quedas.
3. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartáveis.
4. Auxiliar o idoso a se levantar.
5. Não deixar o idoso sozinho.
6. Lavar as mãos após a higiene.

SONDA VESICAL DE ALÍVIO

1. Como realizar:

- Lavar as mãos e a parte genital com água e sabão;
- Reunir o material em lugar limpo;
- Posicionar o idoso de maneira confortável;
- Aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar;
- Nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la;
- Quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente;
- Medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia;
- Após, lavar as mãos.

2. Dicas:

- A mesma sonda pode ser usada por até 14 dias.
- Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda;
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde;
- Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes:
 - até 100 mL: nenhuma sondagem;
 - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia;
 - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia;
 - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia;
 - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.

SONDA VESICAL DE DEMORA

1. Cuidados:

- A parte externa da sonda deve ficar fixa na coxa na mulher e no homem fixar na região supra púbica com micropore ou esparadrapo antialérgico para evitar tracioná-la e não causar ferimentos na uretra;
- Essa sonda só pode ser retirada ou colocada pela equipe de saúde;
- Lavar as mãos antes de mexer na sonda;
- Limpar a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos 2 vezes ao dia, para evitar acúmulo de secreção;
- Manter o frasco ou a bolsa coletora de urina abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira e não deixar que ela fique muito cheia,

para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga;

- Nunca desconectar o frasco coletor da sonda;
- Se durante um tempo não houver urina na bolsa coletora, verificar se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa;
- Comunicar a equipe de saúde caso o idoso não urine num intervalo de 4 horas mesmo ingerindo líquidos.

BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

1. Troca da bolsa:

- Trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento;
- Umedecer a pele com água morna e descolar cuidadosamente a bolsa;
- O recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retirar o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Fechar a parte de baixo com um clampe/grampo;
- Não utilizar álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele;
- Lavar o estoma e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar;
- Secar com pano macio, gaze, em toques leves;
- Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure serviço de referência em estomizados.

2. Esvaziamento da bolsa:

- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia;
- Abrir o clampe/grampo e deixar as fezes escorrerem em um recipiente;
- Para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do estoma esteja bem seca, se necessário utilizar um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele;
- Limpar o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro;
- Dobrar o orifício da bolsa e fechar com clampe/grampo.

DOMINIO 10: VESTIR/DESPIR

ORIENTAÇÕES GERAIS
1. Dar preferência a roupas simples, confortáveis e adequadas ao clima.
2. Se possível, deixe o idoso escolher sua própria roupa preservando sua autonomia.
3. Evitar uso de chinelo sem apoio no calcanhar para evitar quedas.
4. De preferência, vestir roupas mais largas nos quadris se o idoso permanece sentado por muito tempo.
5. Se idoso tem um braço comprometido, vestir primeiro o braço afetado e ao retirar a roupa, iniciar pelo braço sadio.
6. Se o idoso for acamado, dar preferência para roupas com abertura nas costas.

DOMINIO 11: POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES
1. Utilize bastante travesseiros, ou faça almofadas de diferentes tamanhos.
2. Barriga para cima: Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para a posição dorsal e para o lado esquerdo). Utilize rolinhos de toalha para manter o posicionamento.
2.1. Os braços devem ficar esticados e mãos abertas posicionadas em travesseiros ou coxins.
2.2. As pernas devem ficar levemente dobradas, com travesseiros em toda extensão da panturrilha, com os calcâneos suspensos.
2.3. Para virar o idoso de lado, dobre as pernas do idoso e o segure-o por trás do ombro e no quadril, realizando o movimento de lateralização. Nunca puxe-o pela mão.
3. De lado sobre o LADO BOM: O travesseiro deve preencher o espaço entre a orelha e o colchão.
3.1. Deixar o braço de cima (comprometido) esticado sobre um travesseiro, com mão aberta e ombro mais para frente.
3.2. Dobrar as pernas e colocar um travesseiro entre elas.
3.3. Apoie as costas com travesseiros, caso o idoso não consiga ficar bem de lado.
4. De lado sobre o LADO DOENTE: Deixar o braço doente apoiado em travesseiro e esticado na linha do ombro.

- | |
|--|
| 4.1. O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro. |
| 4.2. Posicione as pernas da mesma forma que se faz para o lado bom. |
| 4.3. Utilize um lençol móvel que facilita bastante a movimentação. |
| 4.4. Dobre as pernas e gire o corpo do idoso para o lado que quiser virar. |

TRANSFERÊNCIA

- | |
|--|
| 1. Lateralize o idoso e coloque as pernas para fora da cama e levante o idoso apoiando-o com os braços, segurando-o com o braço por baixo das axilas e a mão nas suas costas. Nunca puxe o idoso pelo braço. |
| 2. Apoie também as costas e os joelhos do idoso para sentá-lo. |
| 3. Peça para o idoso entrelaçar as mãos em volta do seu pescoço, assim os braços não ficam soltos. |
| 4. Se o idoso não ficar em pé com segurança, coloque-o sentado em uma poltrona. Se necessário utilize uma contenção com um lençol amarrado na altura do abdômen, para evitar queda. |
| 5. Posicione a poltrona ao lado da cama, e após o idoso entrelaçar as mãos ao redor de seu pescoço, coloque-o em pé e gire-o até colocá-lo na cadeira. |
| 6. Deixe a cabeça reta e cuide para o idoso não ficar jogado na cadeira. |
| 7. Mantenha as pernas afastadas e dobradas, com os pés apoiados no chão ou em travesseiros. |
| 8. Apoiar os braços com travesseiros, ou na própria cadeira, dobre-os, com a palma da mão virada para baixo, se possível. |
| 9. Manter o tronco reto. |
| 10. Para posicioná-lo corretamente na cadeira, segure-o por trás da cadeira, deixe os braços cruzados e segure seus antebraços, passando duas mãos por debaixo das axilas do idoso. |

DOMINIO 12: PREVENÇÃO DE QUEDAS

ORIENTAÇÕES GERAIS

- | |
|---|
| 1. Se possível, evitar tapetes soltos, pequenos ou com dobras. |
| 2. Cuidado com pisos escorregadios, chão molhado. Não passar cera no chão. |
| 3. Evitar móveis e outros objetos no local de circulação do domicílio (móveis, sapatos, roupas, etc). |

4. Se possível, evitar uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
5. Se possível, evitar roupas compridas, arrastando pelo chão.
6. Se possível, evitar cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
7. Se possível, evitar cadeiras sem braços.
8. Se possível, utilizar algum equipamento adequado para o uso do vaso sanitário e banho de chuveiro (barras de apoio, cadeira de banho, cadeira de assento, tapete antiderrapante, etc).
9. Atentar para que o idoso não levante-se do leito sozinho.
10. Colocar as roupas/objetos de uso pessoal em locais de fácil acesso.

Apêndice B – Carta convite para participação de estudo

Prezada _____,

Gostaríamos de convidá-lo a colaborar com a pesquisa intitulado “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**”, desenvolvido para fins de curso de Doutorado em Enfermagem, com objetivo de validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para cuidadores familiares de idosos após AVC.

O estudo será realizado com a utilização da Técnica Delphi, que utiliza a opinião de profissionais com experiência e conhecimento no tema. Assim, gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa.

Como não temos o seu email e esse primeiro contato está sendo realizado via a plataforma lattes, pedimos a gentileza de que, se possível, seja respondido esse email, com o seu contato de email no prazo de 07 dias a partir do recebimento.

Agradecemos a sua valiosa colaboração!

Atenciosamente,

Naiana Oliveira dos Santos

Enfermeira. Estudante do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dra. Lisiane Paskulin

Profa. Associada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**”. O objetivo geral do presente estudo é validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC), por meio da Técnica Delphi. A **terceira etapa deste estudo**, o qual você está sendo convidado a participar refere-se a validação do protocolo de intervenção educativa por meio da Técnica Delphi, que prevê a composição de um painel de especialistas. Neste estudo serão realizadas pelo menos duas rodadas de opiniões online e o prazo para a devolução do questionário à pesquisadora será de duas semanas.

O benefício potencial de sua participação é de contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste protocolo, o qual auxiliará o enfermeiro na assistência ao cuidador familiar no domicílio com o intuito de prepará-los para assumir o cuidado ao idoso e apoiar a implantação da modalidade de assistência domiciliar.

O estudo não apresenta riscos conhecidos, mas pode haver desconforto pelo tempo dedicado a responder o instrumento. A pesquisa tem caráter acadêmico, sendo a participação de caráter voluntário. A não participação ou desistência após ingressar o estudo não implicará em algum prejuízo para aos participantes.

Os resultados serão divulgados no meio científico e os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. Em caso de dúvidas, antes ou durante a realização da pesquisa, você poderá solicitar esclarecimento, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável Lisiane Paskulin pelo telefone: (51) 3259-7926 (Serviço de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do HCPA). Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359-7640 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs.

() Aceito participar da pesquisa.

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**”. O objetivo geral do presente estudo é validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC). A **segunda etapa deste estudo**, o qual você está sendo convidado a participar refere-se ao pré-teste em que você fará a validação de aparência que proporcionará o julgamento sobre a relevância e adequação dos itens do protocolo de intervenção educativa e também realizará a validade de conteúdo que determina se a representatividade dos itens do protocolo de intervenção educativa expressa o conteúdo.

O benefício potencial de sua participação é de contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste protocolo, o qual auxiliará o enfermeiro na assistência ao cuidador familiar no domicílio com o intuito de prepará-los para assumir o cuidado ao idoso e apoiar a implantação da modalidade de assistência domiciliar.

O estudo não apresenta riscos conhecidos, mas pode haver desconforto pelo tempo dedicado a responder o instrumento. A pesquisa tem caráter acadêmico e não terá efeitos na avaliação funcional, sendo a participação de caráter voluntário, fora do horário de trabalho. A não participação ou desistência após ingressar o estudo não implicará em algum prejuízo para aos participantes.

Os resultados serão divulgados no meio científico e os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. Em caso de dúvidas, antes ou durante a realização da pesquisa, você poderá solicitar esclarecimento, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável Lisiane Paskulin pelo telefone: (51) 3259-7926 (Serviço de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do HCPA). Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo telefone (51) 3359-7640 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs.

Nome do (a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: _____ Assinatura _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2016.

Apêndice E – Table 2. Studies included in the integrative review according to authors, year of publication, country of development, title, study design, aim, findings and evidence level

Study number	Authors/ Year/Country	Title	Study Design	Aim	Findings	Evidence level
01	Larson, <i>et al.</i> (2005) Sweden	The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial.	RCT	Determine the impact of a nurse-led support and education programme for improving the spouses' perceived general QoL, life situation, general well-being and health state.	The participants in the intervention group decreased their negative well-being during the ongoing support and education programme, although this only gave a temporary improvement, since the negative well-being increased again after the programme had finished, indicating a need for a continuing development of nurse-led support programmes for spouses of stroke patients, to facilitate the spouse's roll as an informal caregiver to the stroke patient.	II
02	Heugten, <i>et al.</i> (2006) The Netherlands	Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines.	Evidence-based searches and expert opinion using a delphi approach.	Integration of the guidelines presented in this paper into already existing guidelines on stroke management and rehabilitation	High levels of burden are experienced among carers of stroke patients. The problems and needs of the informal carers should be recognized by healthcare professionals and attention should be given by them accordingly. The guidelines on carer burden are illustrated shortly as an example of the underlying evidence from the literature and its translation into clinical practice guidelines.	VII
03	Mackenzie, <i>et al.</i> (2007) UK	Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring.	Descriptive study	To examine the support required by family carers for stroke survivors.	Information deficits about dealing with psychological, emotional, and behavioural problems and local service information were priorities before and after discharge. High satisfaction with treatment and therapy in the Acute Stroke Unit, was not transferred to the community.	VI
04	Brereton, <i>et al.</i> (2007) USA	Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review	Systematic review	A systematic review of the effectiveness of interventions for adult family carers of people with stroke, and an exploratory examination of the relationship between the conceptual basis of these interventions and their effectiveness.	Interventions should be underpinned by an appropriate conc framework. Furthermore, studies need to control for the full of factors that may moderate the effect of an intervention to s carers of people who have had a stroke, such as carer well-social support and relationship with the care-recipient.	I

05	Hinojosa, <i>et al.</i> (2007) UK	Stroke caregiver information needs: Comparison of Mainland and Puerto Rican caregivers.	Descriptive study	This article, as part of a larger study of caregivers of stroke survivors, examines the level of information caregivers need, what information they initially receive, and what sources they use to obtain information to assist in the recovery process at home.	Caregivers of stroke survivors often do not have the information necessary to adequately manage the recovery process at home. Caregivers receive most of their information from their doctors, the Department of Veterans Affairs (VA), and the Internet. Given caregivers' reliance on VA resources.	VI
06	Ostwald, <i>et al.</i> (2008) USA	Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge home.	RCT	Describe a stroke educational program that was offered to 72 stroke survivors and their families as part of an interdisciplinary research study called CARES (Committed to Assisting with Recovery after Stroke).	Found that in the immediate posthospital phase, stroke survivors and caregivers especially needed information about the effects of the stroke on the survivor, assistance with special nursing and therapy techniques, suggestions for adapting the home for safety and independence, support for day-to-day issues, and ways to access community resources. This content was covered by the guidelines in the areas of Stroke Recovery, Therapeutic Skill Training, Special Problems, and Community Networks.	II
07	Pellerin, <i>et al.</i> (2011) CANADÁ	Social participation of relatives post-stroke: the role of rehabilitation and related ethical issues	Literature Review	To search the scientific literature for what is known about the daily lives of relatives of persons with stroke living in the community.	Different types of interventions are effective (counselling, training, problem-solving education, etc.). Education programs should be interactive and interdisciplinary and focus on identified needs. It would also be appropriate to use a structured program of activities supervised by a professional to teach caregivers good techniques.	V
08	Forster, <i>et al.</i> (2012) CANADÁ	A cluster randomized controlled trial of a structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACS)	RCT	To evaluate whether a structured, competency-based training programme for caregivers improves physical and psychological outcomes for patients and their caregivers after disabling stroke, and to determine if such a training programme is cost-effective.	The London Stroke Carer Training Course (LSCTC) was based on a survey among stroke caregivers asking them to identify major problems experienced after hospital discharge.	II

09	Creutzfeldt, <i>et al.</i> (2012) USA	Symptomatic and palliative care for stroke survivors	Literature Review	This review is aimed at primary care, neurology, palliative care providers and stroke specialists alike, who in addition to reducing mortality and improving functional outcome aim to improve the quality of life of stroke survivors by recognizing and treating the troubling symptoms that occur after ischemic stroke or intraparenchymal hemorrhage.	Once past the acute and rehabilitation phase, the stroke survivors face a myriad of symptoms, including but not limited to anxiety, central pain, delirium, depression, emotionalism, fatigue, hemiplegic shoulder pain, incontinence, post-stroke seizures, sexual dysfunction, sleep-disordered breathing and spasticity. Most of these symptoms, if recognized, can be treated or palliated, leading to profound improvement in the patient's quality of life.	V
10	Loupis and Faux (2013) AUSTRALIA	Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review	Literature Review	To integrate and analyze current knowledge on family conferences in the inpatient stroke rehabilitation setting.	Family conferences can be used to plan practical approach care, including encouraging increased involvement of caregiver care tasks on the hospital ward. Understanding predictor family conferences could provide multidisciplinary team (MDT) into the types of events or illnesses that might be a catalyst of a family conference.	V
11	Clarke, <i>et al.</i> (2013) UK	Implementing a training intervention to support caregivers after stroke: a process evaluation examining the initiation and embedding of programme change	RCT	To describe how the training program was implemented in different settings; provide insight into patients', caregivers', and multidisciplinary team (MDT) members' experience of the training process; understand patients' and caregivers' perceptions of their preparedness for discharge and what shaped their views and experiences; provide data to assist in interpreting the trial outcomes; and contribute to knowledge of current clinical practice in stroke units in England.	The empirically based London Stroke Carer Training Course designed to train caregivers in practical skills for supporting tested in a single center the LSCTC was effective in decreasing anxiety, and depression for the caregiver, in improving outcomes for patients, and in reducing overall costs.	II

12	Clarke, <i>et al.</i> (2014) UK	Introducing structured caregiver training in stroke care: findings from the TRACS process evaluation study	RCT	To evaluate the process of implementation of the modified London Stroke Carers Training Course (LSCTC) in the Training Caregivers After Stroke (TRACS) cluster randomised trial and contribute to the interpretation of the TRACS trial results.	Influences on caregivers post stroke for those who had prior experience of caring roles and those who perceived they had a moral obligation to care for a partner, which they expected would be reciprocated, were unlikely to question being ascribed the role of caregiver. Most accepted or were willing to assume the role but some resisted and some were unwilling to learn specific skills such as tube feeding and intimate personal care. The most appropriate time to provide caregiver training after stroke has not yet been definitively established.	II
----	---------------------------------------	--	-----	--	--	----

DOMINIO 1: ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ORIENTAÇÕES GERAIS
1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais.
2. Explicar os tipos de AVC: <ul style="list-style-type: none"> ● AVC isquêmico: É quando ocorre uma obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no cérebro. ● AVC hemorrágico: É uma ruptura espontânea de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro.
3. Conhecer sinais e sintomas do AVC. Ficar atento aos seguintes sinais súbitos: <ul style="list-style-type: none"> ● Fraqueza ou formigamento na face, no braço ou na perna, especialmente em um lado do corpo; ● Confusão, alteração da fala ou compreensão; ● Alteração na visão (em um ou ambos os olhos); ● Alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; ● Dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente.
4. Conhecer fatores de risco do AVC: <ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, fumo e sedentarismo.
5. Prevenir um novo AVC: <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar a hipertensão arterial; ● Controlar o diabetes; ● Controlar os níveis de colesterol; ● Controlar as cardiopatias, especialmente a fibrilação atrial, que requer o uso de medicação anticoagulante e controle frequente e contínuo pelo profissional de saúde; ● Evitar o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e o consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras.

DOMINIO 2: SUPORTE EMOCIONAL

APOIO AO CUIDADOR
1. Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador, bem como as dificuldades em relação a sua vida familiar/ conjugal e trabalho.
2. Informar sobre a condição do idoso e mostrar quais são as necessidades de cuidado do idoso.
3. Fazer afirmações positivas sobre os esforços e conhecimento do cuidador.
4. Estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família e não descuidar da sua saúde física e emocional.
5. Apoiar as decisões do cuidador desde que garantam a segurança do idoso.
6. Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitário.
7. Identificar e reforçar a rede de apoio do cuidador.
8. Discutir com o cuidador quais os cuidados que ele se sente apto e se propõe a realizar no domicílio.
9. Reforçar estratégias do cuidador de enfrentamento de momentos de crise.
10. Estimular o cuidador a buscar ajuda quando não se sentir seguro em fazer algum manejo.
APOIO EMOCIONAL AO CUIDADOR E IDOSO
1. Escutar manifestações de sentimentos e crenças.
2. Encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal-entendidos.
3. Oferecer assistência na tomada de decisão.
4. Mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e idoso.
5. Psicoeducar quanto às manifestações emocionais do cuidador e paciente (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).
REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO
1. Realizar uma abordagem calma e tranquilizadora.
2. Orientar que seja seguido o tratamento indicado pela equipe médica esclarecendo dúvidas, sempre que possível.
3. Escutar o idoso e o cuidador com atenção.
4. Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e idoso, expressando-se de forma clara e objetiva.

DOMÍNIO 3: UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ACESSO A REDE DE SAÚDE
<p>1. Orientar como fazer o Cartão SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa; ● Basta se dirigir a unidade de saúde de referência e precisa levar junto os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento, comprovante de residência e número de PIS/PASEP (se tiver);
<p>2. Em caso do cuidador e o idoso não possuírem cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procurem o posto de saúde de referência, com os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cartão SUS; ● Comprovante de residência; ● Identidade e CPF.
MEDICAÇÃO ESPECIAL
Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
<p>1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do idoso.</p>
<p>2. Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc), posologia e duração do tratamento.</p>
<p>3. Relatório médico detalhado contendo diagnóstico da doença, história terapêutica prévia, tempo de duração do tratamento e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação.</p>
<p>4. Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está(ão) sendo pedido(s) o(s) medicamento(s).</p>
<p>5. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de medicamentos especiais.</p>
DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS
Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
<p>1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do idoso.</p>
<p>2. Receita médica original atualizada e com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e o nome da dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplemento alimentar preferencialmente pela descrição genérica, apresentação, posologia e duração do tratamento.</p>
<p>3. Formulário Cadastro de Usuários.</p>

4. Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN.

5. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de fórmulas nutricionais especiais.

FRALDA

1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares:

- O paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações:

- a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina-CRM, assinatura e endereço do consultório;
- b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico;
- c) nome e endereço residencial do paciente;
- d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas).

Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.

A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias.

A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo.

A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.

MATERIAL DE CURATIVO

1. Orientar a buscar o serviço de saúde para solicitar o material.

2. Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo. Obs.: Orientar que sempre o cuidador verifique na unidade de saúde o que é ofertado.

DOMÍNIO 4: ALIMENTAÇÃO

VIA ORAL
1. Estimular que ele faça as refeições sentado. Se possível, dar preferência para a mesa e não à cama.
2. Posicionar o braço afetado em cima da mesa, ou de um travesseiro, e não deixar o membro caído.
3. Oferecer alimentos cortados em pedaços menores para facilitar a mastigação.
4. Oferecer líquidos utilizando um copo, evitando a aspiração.
5. Caso o idoso tenha dificuldade para se alimentar, dê preferência a alimentos líquidos e pastosos como: legumes amassados, purês, sopas, mingau. Evitar alimentos com duas consistências e oferecer em quantidades menores.
6. Oferecer alimentos com pouco sal, evitando-o sempre que possível.
7. Fornecer de 6 a 8 copos de líquidos por dia, se não houver restrição.
NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com as sondas
1. Manter sempre a sonda posicionada, observando a marcação.
2. Manter fixação da sonda limpa e seca, de forma que não machuque a narina, bochecha ou orelha.
3. Quando necessário o curativo da sonda nasointestinal deve ser trocado. Para troca: Fixar a sonda na bochecha do idoso com pequeno pedaço de esparadrapo; Umedecer uma gaze e passar no curativo até soltar da pele; Desenrolar cuidadosamente o micropore/esparadrapo da sonda; Com gaze umedecida com sabão, higienizar o nariz do idoso; Após secar com gaze e realizar novo curativo com fixação de sonda.
4. Não iniciar a administração por sonda se houver dúvidas quanto ao posicionamento da mesma.
5. Lavar a sonda, uma vez, com 20 mL de água morna fervida ou filtrada após a administração de cada frasco de dieta.
6. Nunca misturar medicamentos na dieta.
7. Não administrar pela sonda: chás, sucos, refrigerantes, sopas ou misturas não prescritas.
8. Manter a sonda fechada se não estiver em uso.
9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.
NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas
1. Trocar o curativo do estoma diariamente, após o banho do idoso.
2. Limpar a região com gaze e soro fisiológico ou utilizar o sabonete neutro.
3. Observar as condições da pele ao redor do estoma, se estiver com qualquer alteração procure orientação do serviço de saúde. A troca da

sonda de gastrostomia poderá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.

PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL

1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
2. Os alimentos da dieta devem ser liquidificados com água fervida ou filtrada.
3. Se possível, coar a dieta liquidificada para evitar o entupimento da sonda.
4. Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 24 horas.
5. Pendurar o frasco da dieta a uma altura de no mínimo 60 cm.

ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA

1. Se a mistura estiver na geladeira, o volume necessário deve ser separado e colocado no frasco da dieta.
2. O frasco da dieta deve ser colocado tampado em água morna até atingir a temperatura ambiente, ou conforme indicação da equipe. Testar temperatura no pulso.
3. O frasco deve ser acoplado ao equipo, que liga-se na sonda de alimentação enteral, para assim iniciar a administração da dieta.
4. Colocar o idoso sentado na cadeira ou na cama com as costas bem apoiadas enquanto a dieta estiver sendo administrada. Manter esta posição por 30 minutos após o término da dieta.
5. A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia, de acordo com orientação recebida na alta.
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 20 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
7. Controlar o gotejamento da dieta, em torno de 60 gotas por minuto = 1 gota por segundo. Pode levar de 1 hora à 1 hora e 30 minutos.
8. Sempre observar o idoso enquanto a dieta está sendo administrada.

PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios

1. Utilizar utensílios totalmente limpos para a preparação da dieta enteral, para evitar contaminação.
2. A esponja para limpeza destes utensílios deve ser exclusiva para esta finalidade.
3. Preferir utilizar frascos de vidros, pois são mais fáceis de limpar.
4. O frasco de vidro deve ser limpo a cada troca de dieta com esponja, sabão neutro e água morna. A higienização final deve ser com água fervida e morna.
5. O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizado novamente até 72 horas.
6. Guardar o equipo seco na geladeira em saco plástico fechado ou em pote com tampa.

7. Usar seringa de 20 mL quando necessário. Esta deve ser limpa com sabão neutro e água morna e armazenada seca na geladeira.

8. Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem.

PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)

1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde ou solicite visita domiciliar.

2. Parar imediatamente a administração da dieta quando esta sair pela boca ou nariz, quando o idoso apresentar falta de ar ou ficar com os lábios e pele da cor roxa. Posicione-o com cabeceira elevada e leve-o ao serviço de emergência.

3. Quando a sonda estiver entupida, lavar com água morna fervida, administrando em seringa de 20 mL, tentando fazer pressão com a água. Repita este procedimento até 3 vezes. Se a sonda não desentupir procure atendimento no serviço de saúde.

4. Se caso acidentalmente a sonda for puxada, deslocada e sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde.

DOMÍNIO 5: VIAS AÉREAS

LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA

1. A limpeza da traqueostomia deve ser feita no mínimo uma vez ao dia. Somente a parte interna é retirada para limpar. Em caso de muita secreção a limpeza pode ser feita mais vezes.

2. Lavar as mãos, colocar luvas, destravar e remover a endocânula.

3. Colocar a endocânula em um pote com água morna por alguns minutos (cerca de 2 minutos). Atenção: segure a traqueostomia ao retirar a endocânula e tenha certeza que a parte externa está fixa com o cadarço.

4. Introduzir uma gaze úmida (com água filtrada ou fervida) dentro da endocânula. Para isso pode-se utilizar uma pinça, agulha de crochê, arame, haste flexível (cotonete) ou as próprias mãos. Destinar o uso dos materiais somente para esse fim. Caso optar pelo uso da haste flexível, descartá-los após o uso. Repetir o procedimento até a gaze sair limpa. Após seque a endocânula com uma gaze e recoloca-a na cânula.

5. Os materiais utilizados para limpeza da endocânula (pinça, agulha de crochê, arame), após o uso, devem ser limpos com água e sabão e armazenados em recipiente com tampa.

6. Limpar o pescoço ao redor da traqueostomia. Isso pode ser feito com gazes umedecidas com soro fisiológico.

7. Colocar duas gazes dobradas entre a pele e a cânula em cada lado da traqueostomia. Isso evita que a pele fique irritada ou machucada.

8. O cadarço que prende a traqueostomia no pescoço também deve ser trocado no mínimo uma vez ao dia. É importante segurar a traqueostomia com uma das mãos e com a outra trocar o cadarço.

9. Nas primeiras trocas pode ser preciso duas pessoas para realizá-la. O cadarço não deve estar muito apertado. É indicado deixar um dedo de espaço entre o cadarço e o pescoço para não machucar a pele.

ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA

1. Lavar as mãos com água e sabão.

2. Calçar luvas descartáveis.

3. Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).

4. Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.

5. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado. Cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia.

6. Introduza a sonda na traqueostomia. A sonda deve ser introduzida no máximo em 8 centímetros.

7. Solte o látex/silicone e retire lentamente a sonda aspirando as secreções. Em caso de o paciente apresentar tosse retire a sonda e pare de aspirar.

8. A sonda não deve ficar mais de 15 segundos dentro da traqueostomia durante aspiração.

9. Deixe a pessoa respirar dez vezes antes de repetir o procedimento. Repita o procedimento até diminuir a quantidade de secreção.

10. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. A sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, pois é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.

11. Desligue o aparelho.

12. Retirar as luvas usadas e desprezar.

13. Lavar novamente as mãos.

DOMÍNIO 6: MEDICAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES

1. Separar as medicações em sacos rotulados com nomes das medicações e horários de administração e não tirá-las de suas embalagens originais para controlar a data de validade e evitar que se misturem.
2. Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitem de refrigeração devem ser guardados na geladeira (os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira). Ex: insulina.
3. Materiais e medicamentos de curativos, como pomadas, gazes, ataduras, esparadrapo e soro fisiológico, devem ser guardados em caixa com tampa, separado de outros medicamentos.
4. Materiais de nebulização devem ser guardados em caixa plástica com tampa e sempre secos.
5. Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas. Em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde.
6. Não modifique a prescrição médica, reduzindo ou aumentando doses dos medicamentos, ou pare de tomar um medicamento contínuo por conta própria sem a orientação de um profissional qualificado.
7. Acenda a luz sempre que for preparar ou administrar medicação, para evitar trocas.
8. Avise a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo o efeito desejado (Ex: Ginseng, Ginkgo Biloba..).
9. Sempre leia o nome do medicamento antes de administrá-lo.
10. Não utilize medicamentos por conta própria ou indicados por outras pessoas, pois na tentativa de ajudar podem agravar seu estado de saúde.
11. Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados. Para ajudar a lembrar os horários de tomar os medicamentos ajuste os horários das tomadas com as atividades diárias, como escovar os dentes, horários das refeições ou de deitar.
12. Se tiver qualquer um destes sintomas durante o tratamento: náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, lembre de informar o seu médico.

VIA SONDA: cuidados na administração de medicamentos

1. Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20 mL de água filtrada ou fervida fria.

2. Preparar o medicamento a ser administrado, colocando o comprimido/cápsula em um recipiente de vidro. Com auxílio de uma colher, pressionar o comprimido contra o fundo do recipiente até que se transforme em pó, se o medicamento for uma cápsula somente abra e despeje o conteúdo em pó no recipiente de vidro. Adicione 20 mL de água. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar todo medicamento.
3. Se tiver mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente. Entre administração dos medicamentos a sonda deve ser lavada com 5ml de água.
4. Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes, mas a seringa pode ser utilizada várias vezes para a mesma medicação. Nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.
5. Sempre após a administração do medicamento, lavar bem a seringa com água e guardar em local seco e arejado.
VIA ORAL: cuidados na administração de medicamentos
1. Posicionar o idoso sentado ou com cabeceira elevada.
2. Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu. Evitar tomar o medicamento com leite, chás e refrigerantes.
3. A presença de alimentos e os intervalos de jejum devem ser seguidos com cuidado, pois podem favorecer ou prejudicar o efeito desejado no tratamento. Se o medicamento deve ser tomado em jejum (estômago vazio) ingerir pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após a refeição.
ANTICOAGULANTE ORAL: cuidados na administração de medicamentos
1. Caso esquecer a medicação do dia anterior, tome apenas o comprimido do dia.
2. Estar atento a sangramentos espontâneos (gengiva, nariz, manchas roxas na pele, urina, fezes, catarro, vômito) e caso ocorram procurar imediatamente serviço de saúde para avaliação médica.
3. Não usar medicamentos por conta própria, principalmente anti-inflamatórios como Cataflam (diclofenaco potássico), Voltaren (diclofenaco sódico) e ibuprofeno. Evitar o uso de analgésicos que contenham ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina), pois podem causar irritação no estômago e sangramento.
4. Identificar em algum documento que o idoso está em tratamento com anticoagulante oral.
5. Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento. Estes alimentos podem ser consumidos pelo idoso, mas em pequenas porções.
6. Fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico.
7. Evitar quedas ou batidas.
8. Comunicar sempre o uso deste medicamento ao dentista ou a médicos de outras especialidades.

SUBCUTÂNEA – CUIDADOS COM A INSULINA

1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
2. Misturar a insulina (NPH) lentamente entre as mãos até o líquido ficar leitoso e homogêneo. Não sacudir ou agitar o frasco.
3. Limpar a tampa do frasco com algodão com álcool.
4. Aspirar a quantidade de unidades da insulina de acordo com a prescrição. Se houver bolhas de ar injete a insulina de volta e aspire novamente.
5. Limpe a pele com algodão com álcool em sentido único.
6. Para aplicar faça uma prega na pele com os dedos e introduza a agulha em ângulo reto e após solte a prega e injete a insulina suavemente. Não esfregue o local e tampe agulha para evitar contaminação.
7. Esperar cinco segundos após a aplicação antes de retirar a agulha da pele, para garantir que não extravase a insulina.
8. Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada tipo e sempre deixe a NPH (de aspecto leitoso) por último.
9. **Locais de aplicação:** Faça rodízio aplicando no abdômen, braços, nádegas e coxas.
10. **Descarte:** Coloque as seringas e agulhas em frascos rígidos resistentes como frascos de amaciantes e garrafas PET.
11. **Estar atento a sinais de HIPOGLICEMIA durante o tratamento:** tonturas; tremores nas mãos; zumbido no ouvido; dormência ao redor da boca e da língua; fome exagerada; ânsia de vômito; sono; coração acelerado. **Na presença desses sinais e sintomas:** se possível realizar o teste de HGT (< 70 mg/dL); ofereça ao idoso algo doce, como por exemplo água com açúcar ou suco doce. Se o idoso não conseguir engolir, não forçar. Coloque açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e bochecha, e leve-o ao serviço de saúde.

DOMINIO 7: HIGIENE

CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO

1. Regular a temperatura da água.
2. Manter janelas e portas fechadas para evitar correntes de ar.
3. Colocar o idoso sentando em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com encostos laterais e posterior.
4. Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para prevenir quedas.
5. Não deixar o idoso sozinho durante o banho.
6. Estimular o idoso a realizar sua própria higiene, só realizar aquilo que o idoso não conseguir fazer sozinho.
7. Se necessário, utilizar um chuveirinho de mão para auxiliar no banho.
8. Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço. Após, apoiar o braço comprometido sobre a perna

do idoso.
9. Ajudar o idoso a se enxugar, secando bem partes íntimas e dobras de joelhos, mamas, axilas e entre os dedos.
10. A higiene dos cabelos deve ser realizada no mínimo três vezes por semana.
11. Inspeccionar a integridade da pele em geral.
CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO
1. Utilizar panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele.
2. Preparar duas bacias com água morna, testando a temperatura da água. Uma será utilizada com sabonete, a outra para enxaguar a pele.
3. Utilizar luvas descartáveis ou de borracha.
4. Cobrir o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.
5. Iniciar a higiene pela cabeça.
6. Lavar o rosto com pano molhado e pouco sabonete, após enxaguar o pano em água limpa e passar na pele para retirar o sabonete.
7. Lavar os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano.
8. Para lavagem dos cabelos, cobrir um travesseiro com plástico e colocar embaixo da cabeça da pessoa uma bacia.
9. Molhar a cabeça e passar um pouco de xampu.
10. Massagear o couro cabeludo e derramar água aos poucos até retirar toda a espuma.
11. Secar os cabelos, com toalha ou secador.
12. Lavar o pescoço, braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado com sabonete. Enxaguar o pano em água limpa e passar na pele para retirar o sabonete.
13. Secar bem os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante e hidratante.
14. Cobrir as partes superiores do corpo com uma toalha seca. Fazer da mesma forma com as pernas.
15. Lavar os pés e seque-os, principalmente entre os dedos. Passar creme hidratante.
16. Posicionar o idoso lateralmente e higienize as costas. Seque-as e, se possível, passe hidratante.
17. Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e higienizar órgãos genitais e região inguinal. Após, lateralizar o idoso e higienizar região anal.
18. Na mulher, realizar a higiene da vagina da frente para trás, evitar que a água escorra do ânus para a vulva.
19. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glândula, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicionar o prepúcio para evitar estrangulamento da glândula.
20. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e sempre que o idoso urinar ou evacuar.
HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA
1. Se possível, colocar o idoso sentado em frente a pia, ou oferecer-lhe uma bacia.

2. Dar preferência a escovas de cerdas macias e, sempre que possível, o fio dental.
3. Utilizar pequena porção de pasta de dente, para evitar engasgos.
4. Se o idoso necessitar de ajuda escove os dentes do idoso.
5. Retirar as próteses dentárias e limpe-as com escova de dente de cerdas mais duras, água e sabão neutro ou pasta dental.
6. Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilizar uma escova de cerdas macias. Se dispor, utilizar uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário enrolar a gaze no dedo indicador já protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral.
7. Limpar a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de trás da língua para não causar ânsia de vômito.
8. Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese limpa.
9. Inspeccionar a boca do idoso para presença de feridas, que podem ser causadas por dentes quebrados.
10. Observar gengivas inflamadas e/ou com sangramentos. A higiene oral deve ser melhorada nestes casos.

DOMÍNIO 8: CUIDADOS COM PELE

EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO

1. Se possível, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, poder ser realizada quando for acordar o idoso para dar medicação ou realizar outro cuidado.
2. Manter a roupa de cama sempre bem esticada. Rugas e dobras podem provocar lesões na pele.
3. Se possível, utilizar colchão piramidal, que alivia o peso da pessoa em diferentes pontos onde os ossos são mais salientes.
4. Proteger o colchão com plástico na região das nádegas e coloque um lençol macio dobrado ao meio. A pele não deve ficar em contato com o plástico.
5. Se possível, manter a pele hidratada com hidratantes e óleos.
6. Se possível, oferecer líquidos em pequenas quantidades diariamente, pois os idosos desidratam com facilidade.
7. Trocar fraldas sempre que a pessoa urinar ou evacuar, evitando que a pele fique úmida.
8. Procurar alimentar o idoso fora da cama, evitando que resíduos fiquem no lençol e machuquem a pele.
9. Não utilizar almofadas do tipo “rosca”.
10. Evitar esfregar a pele com força quando estiver realizando higiene corporal. Faça movimentos suaves e use sabonete em pouca quantidade, enxaguando-o bem, para que a pele do idoso não fique ressecada.

- | |
|---|
| 11. Hidratar a pele de preferência com hidratante neutro, com movimentos leves sem fricção nas proeminências. |
|---|

CUIDADOS COM ASSADURAS

- | |
|---|
| 1. Aparar pelos pubianos com tesoura, facilitando a higiene e a manutenção da área íntima seca. |
| 2. Secar bem o idoso após o banho. |
| 3. Realizar higiene íntima após urinar ou evacuar. |
| 4. Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco) a cada troca. |
| 5. Se tiver lesões de pele persistente no perineo, procurar serviço de saúde de referência. |

DOMÍNIO 9: ELIMINAÇÕES

TROCA DE FRALDA

- | |
|---|
| 1. Realizar a lavagem das mãos antes da troca. |
| 2. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartável. |
| 3. Na mulher, realizar a higiene no sentido da frente para trás, evitando que as fezes entrem em contato com a vagina. |
| 4. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar estrangulamento. |
| 5. Lateralizar o idoso com auxílio de um lençol dobrado no centro da cama para higienizar as nádegas, se o mesmo tiver condições peça que auxilie nos movimentos. |
| 6. Secar bem, principalmente entre as dobras. |
| 7. Inspeccionar a pele para identificar lesões. |
| 8. Se necessário, utilizar protetor cutâneo como óxido de zinco, óleo, hidratante, entre outros. |
| 9. Fechar a fralda sem que fique muito apertada para evitar lesões na virilha. |
| 10. Lavar as mãos após a troca. |
| 11. Procurar realizar a troca em local adequado, preservando a intimidade do idoso. |
| 12. Se o idoso for incontinente, realizar a troca de fralda, no mínimo, 4 vezes ao dia. |

USO DO VASO SANITARIO

1. Ajudar o idoso a sentar no vaso, flexionando suas pernas segurando-o pelas axilas.
2. Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso prevenindo quedas.
3. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartáveis.
4. Auxiliar o idoso a se levantar.
5. Não deixar o idoso sozinho.
6. Lavar as mãos após a higiene.

SONDA VESICAL DE ALÍVIO

1. Como realizar:

- Lavar as mãos e a parte genital com água e sabão;
- Reunir o material em lugar limpo;
- Posicionar o idoso de maneira confortável;
- Aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar;
- Nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la;
- Massagear a região da bexiga até parar de drenar a urina;
- Quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente;
- Medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia;
- Após, lavar as mãos.

2. Dicas:

- A mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira.
- Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda;
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde;
- Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes:
 - até 100 mL: nenhuma sondagem;
 - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia;
 - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia;
 - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia;
 - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.

SONDA VESICAL DE DEMORA

1. Cuidados:

- A parte externa da sonda deve ficar fixa na coxa na mulher e no homem fixar na região supra púbica com micropore ou esparadrapo antialérgico para evitar tracioná-la e não causar ferimentos na uretra;
- Essa sonda só pode ser retirada ou colocada pela equipe de saúde;
- Lavar as mãos antes de mexer na sonda;
- Limpar a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos 2 vezes ao dia, para evitar acúmulo de secreção;
- Manter o frasco ou a bolsa coletora de urina abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira e não deixar que ela fique muito cheia, para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga;
- Nunca desconectar o frasco coletor da sonda;
- Se durante um tempo não houver urina na bolsa coletora, verificar se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa;
- Comunicar a equipe de saúde caso o idoso não urine num intervalo de 4 horas mesmo ingerindo líquidos.

BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

1. Troca da bolsa:

- Trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento;
- Umedecer a pele com água morna e descolar cuidadosamente a bolsa;
- O recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retirar o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Fechar a parte de baixo com um clampe/grampo;
- Não utilizar álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele;
- Lavar o estoma e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar;
- Secar com pano macio, gaze, em toques leves;
- Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure serviço de referência em estomizados.

2. Esvaziamento da bolsa:

- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia;
- Abrir o clampe/grampo e deixar as fezes escorrerem em um recipiente;
- Após esvaziar a bolsa a mesma pode ser higienizada embaixo do chuveiro;
- Para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do ostoma esteja bem seca, se necessário utilizar um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele;

- Limpar o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro;
- Dobrar o orifício da bolsa e fechar com clampe/grampo.

DOMINIO 10: VESTIR/DESPIR

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Dar preferência a roupas simples, confortáveis e adequadas ao clima.
2. Se possível, deixe o idoso escolher sua própria roupa preservando sua autonomia.
3. Evitar uso de chinelo sem apoio no calcanhar para evitar quedas.
4. De preferência, vestir roupas mais largas nos quadris se o idoso permanece sentado por muito tempo.
5. Se idoso tem um braço comprometido, vestir primeiro o braço afetado e ao retirar a roupa, iniciar pelo braço sadio.
6. Se o idoso for acamado, dar preferência para roupas com abertura nas costas.

DOMINIO 11: POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES

1. Utilizar bastante travesseiros, ou faça almofadas de diferentes tamanhos.
2. **Barriga para cima:** Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para a posição dorsal e para o lado esquerdo). Utilizar rolinhos de toalha para manter a posição.
 - 2.1 Os braços devem ficar esticados e mãos abertas posicionadas em travesseiros ou coxins.
 - 2.2 As pernas devem ficar levemente dobradas, com travesseiros em toda extensão da panturrilha, com os calcâneos suspensos.
 - 2.3 Para virar o idoso de lado, dobre as pernas do idoso e o segure-o por trás do ombro e no quadril, realizando o movimento de lateralização. Nunca puxe-o pela mão.
3. **De lado sobre o LADO BOM:** O travesseiro deve preencher o espaço entre a orelha e o colchão.
 - 3.1 Deixar o braço de cima (comprometido) esticado sobre um travesseiro, com mão aberta e ombro mais para frente.
 - 3.2 Dobrar as pernas e colocar um travesseiro ou almofadas de espumas entre elas.
 - 3.3 Apoiar as costas com travesseiros, ou almofadas de espumas caso o idoso não consiga ficar bem de lado.

4. De lado sobre o LADO DOENTE: Deixar o braço doente apoiado em travesseiro e esticado na linha do ombro.
4.1 O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro ou almofadas de espumas.
4.2 Cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro.
4.3 Posicionar as pernas da mesma forma que se faz para o lado bom.
4.4 Utilizar um lençol móvel que facilita bastante a movimentação.
4.5 Dobrar as pernas e girar o corpo do idoso para o lado que quiser virar.
4.6 Nunca puxar o idoso pelo braço afetado, utilizar sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.
TRANSFERÊNCIA
1. Lateralizar o idoso e colocar as pernas para fora da cama e levantar o idoso apoiando-o com os braços, segurando-o com o braço por baixo das axilas e a mão nas suas costas. Nunca puxar o idoso pelo braço.
2. Apoiar também as costas e os joelhos do idoso para sentá-lo.
3. Pedir para o idoso entrelaçar as mãos em volta do seu pescoço, assim os braços não ficam soltos.
4. Se o idoso não ficar em pé com segurança, coloque-o sentado em uma poltrona. Se necessário utilize uma contenção com um lençol amarrado na altura do abdômen, para evitar queda.
5. Posicionar a poltrona ao lado da cama, e após o idoso entrelaçar as mãos ao redor de seu pescoço, coloque-o em pé e gire-o até colocá-lo na cadeira.
6. Deixar a cabeça reta e cuidar para o idoso não ficar jogado na cadeira.
7. Manter as pernas afastadas e dobradas, com os pés apoiados no chão ou em travesseiros.
8. Apoiar os braços com travesseiros, ou na própria cadeira, dobre-os, com a palma da mão virada para baixo, se possível.
9. Manter o tronco reto.
10. Para posicioná-lo corretamente na cadeira, segure-o por trás da cadeira, deixe os braços cruzados e segure seus antebraços, passando duas mãos por debaixo das axilas do idoso.
11. Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilizar travesseiros nas laterais da poltrona.

DOMINIO 12: PREVENÇÃO DE QUEDAS

ORIENTAÇÕES GERAIS
1. Se possível, evitar tapetes soltos, pequenos ou com dobras.
2. Cuidado com pisos escorregadios, chão molhado. Não passar cera no chão.
3. Evitar móveis e outros objetos no local de circulação do domicílio (móveis, sapatos, roupas, etc).
4. Se possível, evitar uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
5. Se possível, evitar roupas compridas, arrastando pelo chão.
6. Se possível, evitar cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
7. Se possível, evitar cadeiras sem braços.
8. Se possível, utilizar algum equipamento adequado para o uso do vaso sanitário e banho de chuveiro (barras de apoio, cadeira de banho, cadeira de assento, tapete antiderrapante, etc).
9. Atentar para que o idoso não levante-se do leito sozinho.
10. Colocar as roupas/objetos de uso pessoal em locais de fácil acesso.

DOMINIO 1: ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ORIENTAÇÕES GERAIS
<p>1. Explicar o que é AVC: O AVC é um déficit neurológico súbito/incapacidade das funções neurológicas causado por um problema nos vasos sanguíneos cerebrais. Ao cuidador e ao idoso será explicado: O AVC é uma doença na qual os vasos sanguíneos se rompem ou entopem. É popularmente conhecido como "derrame cerebral", afetando a capacidade física, de comunicação e de raciocínio do idoso.</p>
<p>2. Explicar os tipos de AVC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AVC isquêmico: É quando ocorre uma obstrução ou redução do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no cérebro. ● AVC hemorrágico: É uma ruptura espontânea de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro.
<p>3. Conhecer sinais e sintomas do AVC. Ficar atento aos seguintes sinais súbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fraqueza ou formigamento na face, no braço ou na perna, especialmente em um lado do corpo; ● Confusão, alteração da fala ou compreensão; ● Alteração na visão (em um ou ambos os olhos); ● Alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; ● Dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente.
<p>4. Conhecer fatores de risco do AVC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, fumo e sedentarismo.
<p>5. Prevenir um novo AVC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Controlar a hipertensão arterial; ● Controlar o diabetes; ● Controlar os níveis de colesterol; ● Controlar as cardiopatias, especialmente a fibrilação atrial, que requer o uso de medicação anticoagulante e controle frequente e contínuo pelo profissional de saúde; ● Evitar o tabagismo, o consumo de álcool e drogas e o consumo de alimentos ricos em sal, açúcar e gorduras.
<p>6. Observar/anotar a hora em que os primeiros sinais e sintomas apareceram.</p>
<p>7. Quando o idoso estiver apresentando sinais e sintomas de um novo AVC, ligar imediatamente para o serviço de emergência, número 192 (SAMU), ou para o serviço de ambulância de emergência da cidade, para que possam enviar o atendimento a você.</p>

DOMINIO 2: SUPORTE EMOCIONAL

APOIO AO CUIDADOR	
1.	Reconhecer as dificuldades do papel do cuidador, bem como as dificuldades em relação a sua vida familiar/ conjugal e trabalho.
2.	Perguntar ao cuidador quanto: experiências e conhecimentos prévios de cuidado e o conhecimento quanto a utilização da rede de atenção à saúde disponível.
3.	Informar sobre a condição do idoso e mostrar quais são as necessidades de cuidado do idoso.
4.	Fazer afirmações positivas sobre os esforços e conhecimento do cuidador.
5.	Estimular que o cuidador possa compartilhar responsabilidades, dividir tarefas com outros membros da família e não descuidar da sua saúde física e emocional.
6.	Apoiar as decisões do cuidador desde que garantam a segurança do idoso.
7.	Informar ao cuidador recursos de atendimento de saúde e comunitário.
8.	Identificar e reforçar a rede de apoio do cuidador.
9.	Discutir com o cuidador quais os cuidados que ele se sente apto e se propõe a realizar no domicílio.
10.	Reforçar estratégias do cuidador de enfrentamento de momentos de crise.
11.	Estimular o cuidador a buscar ajuda quando não se sentir seguro em fazer algum manejo.
APOIO EMOCIONAL AO CUIDADOR E IDOSO	
1.	Escutar manifestações de sentimentos e crenças.
2.	Encorajar o diálogo como forma de minimizar sofrimento e possíveis mal-entendidos.
3.	Oferecer assistência na tomada de decisão.
4.	Mostrar-se empático ao momento vivenciado pela família e idoso.
5.	Apoio Educativo quanto às manifestações emocionais do cuidador e idoso (o que é esperado e pode ser reconhecido como parte do processo e o que necessita de atenção e possível encaminhamento).
REDUÇÃO DA ANSIEDADE DO CUIDADOR E IDOSO	
1.	Realizar uma abordagem calma e tranquilizadora.
2.	Orientar que seja seguido o tratamento indicado pela equipe médica esclarecendo dúvidas, sempre que possível.
3.	Escutar o idoso e o cuidador com atenção.
4.	Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e idoso, expressando-se de forma clara e objetiva.
5.	Estimular que o cuidador participe de grupos quando disponibilizados pelos Serviços da Comunidade.

DOMINIO 3: UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ACESSO A REDE DE SAÚDE
<p>1. Orientar como fazer o Cartão SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pode ser adquirido gratuitamente por qualquer pessoa; ● Basta se dirigir a unidade de saúde de referência e precisa levar junto os seguintes documentos pessoais: RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento, comprovante de residência e número de PIS/PASEP (se tiver); ● Orientar que outra pessoa pode fazer o cartão do SUS desde que leve todos os documentos necessários e seja parente em primeiro grau: pai, mãe, irmão ou irmã, avô ou avó, neto ou neta, ou responsável.
<p>2. Em caso do cuidador e o idoso não possuírem cadastro em uma unidade de saúde, orientar que procurem o posto de saúde de referência, com os seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cartão SUS; ● Comprovante de residência; ● Identidade e CPF.
<p>3. Orientar ao cuidador que para a utilização da rede de atenção à saúde e seus recursos ele deve buscar acompanhamento na unidade de saúde a qual o idoso está vinculado.</p>
MEDICAÇÃO ESPECIAL
Documentação necessária para abertura de processo para solicitação
<p>1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do idoso.</p>
<p>2. Receita médica original adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples) atualizada com assinatura e carimbo do médico com número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) legível, e a descrição do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc), posologia e duração do tratamento.</p>
<p>3. Relatório médico detalhado contendo diagnóstico da doença, história terapêutica prévia, tempo de duração do tratamento e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação.</p>
<p>4. Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está(ão) sendo pedido(s) o(s) medicamento(s).</p>
<p>5. Fornecer endereço do local onde pode-se abrir o processo de solicitação de medicamentos especiais.</p>

DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS
Documentação necessária para abertura de processo para solicitação

1. Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do idoso.
2. Receita médica original atualizada e com assinatura e carimbo do médico com CRM legível, e o nome da dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplemento alimentar preferencialmente pela descrição genérica, apresentação, posologia e duração do tratamento.
3. Formulário Cadastro de Usuários.
4. Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN.
5. Fornecer endereço do local onde pode-se abrir o processo de solicitação de fórmulas nutricionais especiais.

FRALDA

1. Compra de fralda com desconto nas farmácias populares:

- O paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar CPF e prescrição/laudo médico com as seguintes informações:

- a) número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM), assinatura e endereço do consultório;
- b) data de expedição da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico;
- c) nome e endereço residencial do paciente;
- d) no laudo médico deverá estar específico o CID e indicação para uso de fraldas (uso contínuo), tamanho das fraldas e quantidades (no máximo 270 fraldas).

Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente, titular da prescrição médica e/ou laudo/atestado médico, quando estiver enquadrado na condição de incapacidade, podendo, nesse caso, o produto ser adquirido mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I - do paciente, titular da receita: CPF, RG ou certidão de nascimento; e

II - do representante legal, o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.

A quantidade de fraldas disponibilizadas fica limitada a até quatro unidades/dia, podendo ser adquiridas até 40 fraldas geriátricas a cada dez dias.

A receita médica é válida por 120 dias a contar da data da emissão. Após esse prazo deverá ser apresentada nova receita/laudo.

A procuração de representante legal deverá ser registrada em um cartório.

MATERIAL DE CURATIVO

- | |
|--|
| 1. Orientar a buscar o serviço de saúde para solicitar o material. |
| 2. Material ofertado pela SMS: gaze; micropore; atadura; luva; soro fisiológico; esparadrapo. Obs.: Orientar que sempre o cuidador verifique na unidade de saúde o que é ofertado. |

DOMÍNIO 4: ALIMENTAÇÃO

VIA ORAL

- | |
|---|
| 1. Estimular que o idoso faça as refeições sentado. Se possível, dar preferência para a mesa e não à cama. |
| 2. Posicionar o braço afetado em cima da mesa, ou de um travesseiro, e não deixar o membro caído. |
| 3. Sempre que possível oferecer alimentos conforme a preferência e hábito alimentar do idoso. Cortá-los em pedaços menores para facilitar a mastigação. |
| 4. Oferecer líquidos utilizando um copo, evitando a aspiração. |
| 5. Caso o idoso tenha dificuldade para se alimentar, dê preferência a alimentos líquidos e pastosos como: legumes amassados, purês, sopas, mingau. Evitar alimentos com duas consistências e oferecer em quantidades menores. |
| 6. Oferecer alimentos com pouco sal, evitando-o sempre que possível. |
| 7. Fornecer de 6 a 8 copos de líquidos por dia, se não houver restrição. |

NUTRIÇÃO ENTERAL: cuidados com as sondas

- | |
|--|
| 1. Manter sempre a sonda posicionada, observando a marcação. |
| 2. Manter fixação da sonda limpa e seca, de forma que não machuque a narina, bochecha ou orelha. |
| 3. Quando necessário o curativo da sonda nasoentérica deve ser trocado. Para troca: Fixar a sonda na bochecha do idoso com pequeno pedaço de esparadrapo; Umedecer uma gaze e passar no curativo até soltar da pele; Desenrolar cuidadosamente o micropore/esparadrapo da sonda; Com gaze umedecida com sabão, higienizar o nariz do idoso; Após secar com gaze e realizar novo curativo com fixação de sonda. |
| 4. Não iniciar a administração por sonda se houver dúvidas quanto ao posicionamento da mesma. |
| 5. Lavar a sonda, uma vez, com 20 mL de água morna fervida ou filtrada após a administração de cada frasco de dieta. |
| 6. Nunca misturar medicamentos na dieta. |
| 7. Não administrar pela sonda: chás, sucos, refrigerantes, sopas ou misturas não prescritas. |
| 8. Manter a sonda fechada se não estiver em uso. |

9. 9. A troca da sonda de longa permanência deverá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.

NUTRIÇÃO GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA: cuidados com as sondas

1. Trocar o curativo do estoma diariamente, após o banho do idoso.
2. Limpar a região com gaze e soro fisiológico ou utilizar o sabonete neutro.
3. Observar as condições da pele ao redor do estoma, se estiver com qualquer alteração procure orientação do serviço de saúde. A troca da sonda de gastrostomia poderá ser realizada por um profissional enfermeiro a cada seis meses de uso, ou antes desse período sob avaliação de um profissional de saúde.

PREPARAÇÃO DA DIETA ARTESANAL

1. Seguir orientação conforme indicada pela equipe no momento da alta.
2. Lavar bem as mãos com água e sabão.
3. Os alimentos da dieta devem ser liquidificados com água fervida ou filtrada.
4. Se possível, coar a dieta liquidificada para evitar o entupimento da sonda.
5. Armazenar a dieta em recipiente de vidro limpo com tampa, na geladeira, por no máximo 24 horas.
6. Pendurar o frasco da dieta a uma altura de no mínimo 60 cm.

ADMINISTRAÇÃO DA DIETA ARTESANAL E INDUSTRIALIZADA

1. Se a mistura estiver na geladeira, o volume necessário deve ser separado e colocado no frasco da dieta.
2. O frasco da dieta deve ser colocado tampado em água morna até atingir a temperatura ambiente, ou conforme indicação da equipe. Testar temperatura no pulso.
3. O frasco deve ser acoplado ao equipo, que liga-se na sonda de alimentação enteral, para assim iniciar a administração da dieta.
4. Colocar o idoso sentado na cadeira ou na cama com as costas bem apoiadas enquanto a dieta estiver sendo administrada. Manter esta posição por 30 minutos após o término da dieta.
5. A quantidade da dieta administrada de cada vez deve ser de no máximo 350 mL, várias vezes ao dia, de acordo com orientação recebida na alta.
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 20 mL de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
7. Controlar o gotejamento da dieta, em torno de 60 gotas por minuto = 1 gota por segundo. Pode levar de 1 hora à 1 hora e 30 minutos.
8. Sempre observar o idoso enquanto a dieta está sendo administrada.

PREPARO DA DIETA: cuidados com utensílios

1. Utilizar utensílios totalmente limpos para a preparação da dieta enteral, para evitar contaminação.
2. A esponja para limpeza destes utensílios deve ser exclusiva para esta finalidade.
3. Preferir utilizar frascos de vidros, pois são mais fáceis de limpar.
4. O frasco de vidro deve ser limpo a cada troca de dieta com esponja, sabão neutro e água morna. A higienização final deve ser com água fervida e morna.
5. O equipo e os frascos descartáveis podem ser limpos com água morna e sabão, até remover completamente os resíduos da dieta, podendo ser utilizado novamente até 72 horas.
6. Guardar o equipo seco na geladeira em saco plástico fechado ou em pote com tampa.
7. Usar seringar de 20 mL quando necessário. Esta deve ser limpa com sabão neutro e água morna e armazenada seca na geladeira.
8. 8. Em caso de utilização da dieta industrializada o armazenamento é feito na própria embalagem, refrigerada ou não, conforme a indicação do fabricante.

PROBLEMAS COM SONDAS EM GERAL (SNE, GAS, JEJ)

1. Na presença de náuseas, vômitos, regurgitação, suspender a administração, acalme o idoso e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde ou solicite visita domiciliar.
2. Parar imediatamente a administração da dieta quando esta sair pela boca ou nariz, quando o idoso apresentar falta de ar ou ficar com os lábios e pele da cor roxa. Posicione-o com cabeceira elevada e leve-o ao serviço de emergência.
3. Quando a sonda estiver entupida, lavar com água morna fervida, administrando em seringa de 20 mL, tentando fazer pressão com a água. Repita este procedimento até 3 vezes. Se a sonda não desentupir procure atendimento no serviço de saúde.
4. Se caso acidentalmente a sonda for puxada, deslocada e sair do lugar, feche o equipo e leve o idoso, com a guia da sonda, a um serviço de saúde.

DOMÍNIO 5: VIAS AÉREAS

LIMPEZA DA TRAQUEOSTOMIA

1. A limpeza da traqueostomia deve ser feita no mínimo uma vez ao dia. Somente a parte interna é retirada para limpar. Em caso de muita secreção a limpeza pode ser feita mais vezes.
2. Cuidar no manuseio da cânula de traqueostomia se o idoso estiver com muita secreção e tosse, pois pode deslocar a cânula.
3. Lavar as mãos, colocar luvas, destravar e remover a endocânula.

4. Colocar a endocânula em um pote com água morna por alguns minutos (cerca de 2 minutos). Atenção: segure a traqueostomia ao retirar a endocânula e tenha certeza que a parte externa está fixa com o cadarço.
5. Introduzir uma gaze úmida (com água filtrada ou fervida) dentro da endocânula. Para isso pode-se utilizar uma pinça, agulha de crochê, arame, haste flexível (cotonete) ou as próprias mãos. Destinar o uso dos materiais somente para esse fim. Caso optar pelo uso da haste flexível, descartá-los após o uso. Repetir o procedimento até a gaze sair limpa. Após seque a endocânula com uma gaze e recoloque-a na cânula.
6. Os materiais utilizados para limpeza da endocânula (pinça, agulha de crochê, arame), após o uso, devem ser limpos com água e sabão e armazenados em recipiente com tampa.
7. Limpar o pescoço ao redor da traqueostomia. Isso pode ser feito com gazes umedecidas com soro fisiológico.
8. Colocar duas gazes dobradas entre a pele e a cânula em cada lado da traqueostomia. Isso evita que a pele fique irritada ou machucada.
9. O cadarço que prende a traqueostomia no pescoço também deve ser trocado no mínimo uma vez ao dia. É importante segurar a traqueostomia com uma das mãos e com a outra trocar o cadarço.
10. Nas primeiras trocas pode ser preciso duas pessoas para realizá-la. O cadarço não deve estar muito apertado. É indicado deixar um dedo de espaço entre o cadarço e o pescoço para não machucar a pele.
ASPIRAÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA
1. Lavar as mãos com água e sabão.
2. Calçar luvas descartáveis.
3. Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).
4. Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.
5. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilize o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone de forma que na introdução da sonda na traqueostomia nada seja aspirado. Cuidado ao retirar a sonda da embalagem, onde ela não poderá tocar mais em nada, a não ser na traqueostomia.
6. Introduza a sonda na traqueostomia. A sonda deve ser introduzida no máximo em 8 centímetros.
7. Solte o látex/silicone e retire lentamente a sonda aspirando as secreções. Em caso de o paciente apresentar tosse retire a sonda e pare de aspirar.

8. A sonda não deve ficar mais de 15 segundos dentro da traqueostomia durante aspiração.
9. Deixe a pessoa respirar dez vezes antes de repetir o procedimento. Repita o procedimento até diminuir a quantidade de secreção.
10. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhe a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. A sonda de aspiração deverá ser desconectada do látex e desprezada logo após o procedimento, pois é descartável e deverá ser utilizada uma única vez.
11. Desligue o aparelho.
12. Retirar as luvas usadas e desprezar.
13. Lavar novamente as mãos.

ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA E OROFARÍNGEA

1. Caso o idoso precise realizar a aspiração nasofaríngea e orofaríngea, é recomendado fazer primeiro a aspiração via nasal e depois a via oral. Pode-se utilizar a mesma sonda para aspirar as duas vias.

ASPIRAÇÃO NASOFARÍNGEA

1. Lavar as mãos com água e sabão.
2. Calçar luvas descartáveis.
3. Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).
4. Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.
5. Medir a sonda antes da aspiração, para não machucar o idoso e nem causar náuseas e sangramento. Coloque a sonda ao lado do rosto do idoso e sem encostar nele, meça a distância entre o nariz e a base da orelha. Essa será a quantidade de sonda que você pode introduzir com segurança.

6. O mesmo procedimento é repetido nas duas narinas. Se o idoso estiver utilizando cateter nasal para oxigênio, remover o dispositivo de fornecimento (quando isso for necessário). Para facilitar a aspiração pode injetar 1 mL de soro fisiológico por uma seringa em cada narina. Segure a sonda com a mão dominante e com a outra utilizar o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone, introduzir de forma suave, porém rápida a sonda nas narinas até a medida marcada. O Látex só será solto quando a sonda já estiver introduzida e assim iniciará o procedimento de aspiração. Lentamente retirar a sonda aspirando as secreções. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhar a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligar o aparelho. Retirar as luvas usadas e desprezar. Lavar novamente as mãos.

ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA

1. Lavar as mãos com água e sabão.
2. Calçar luvas descartáveis.
3. Separar o material: Sonda de aspiração (verificar se o tamanho da sonda é o mesmo indicado pela equipe de saúde); Látex/silicone que conecta a sonda no aspirador; Aspirador portátil; Gazes; Copo com água filtrada ou fervida em temperatura ambiente (copo descartável ou que seja somente usado para esse fim).
4. Ligar o aspirador e confirmar se está funcionando.
5. Segurar a sonda com a mão dominante e com a outra utilizar o dedo indicador e o polegar para apertar o látex/silicone na introdução da sonda na boca, solte o látex e aspire passando pela gengiva até a faringe. Movimentar ao redor da boca até que as secreções sejam removidas. Estimular o idoso a tossir. Para finalizar retirar a sonda da boca. Ainda, com o aspirador ligado, mergulhar a ponta da sonda num recipiente com soro fisiológico ou água filtrada ou fervida (em temperatura ambiente) para limpar a sonda e o látex/silicone por dentro. Desligar o aparelho. Retirar as luvas usadas e desprezar. Lavar novamente as mãos.

LIMPEZA DO ASPIRADOR E DO COPO DE ASPIRAÇÃO

1. A limpeza do aspirador deve ser realizada uma vez ao dia conforme orientações a seguir: Retirar o plug da tomada e o copo do aspirador; Limpar o aspirador utilizando um pano levemente úmido; NÃO molhar o interior do aparelho; Retirar o excesso de sabão com pano umedecido em água e secar com pano limpo e seco.
2. A secreção do copo do aspirador deve ser desprezada após cada aspiração e copo deve ser lavado com água e sabão após cada aspiração.

DOMÍNIO 6: MEDICAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES

1. Separar as medicações em sacos rotulados com nomes das medicações e horários de administração e não as tirar de suas embalagens originais para controlar a data de validade e evitar que se misturem.
2. Não usar medicamentos vencidos. Manter os medicamentos em locais adequados, longe de calor e umidade. Àqueles que necessitarem de refrigeração devem ser guardados na geladeira dentro de um frasco ou tigela com tampa para não se misturar com os demais itens que estão na geladeira. Os medicamentos não devem ser armazenados próximo ao congelador e na porta da geladeira. Ex.: insulina.
3. Materiais e medicamentos de curativos, como pomadas, gazes, ataduras, esparadrapo e soro fisiológico, devem ser guardados em caixa com tampa, separado de outros medicamentos.
4. Materiais de nebulização devem ser guardados em caixa plástica com tampa e sempre secos.
5. Mantenha a última receita sempre próxima do local onde são guardadas as medicações, para facilitar possíveis consultas. Em caso de dúvida sobre como tomar os medicamentos solicite ajuda de um familiar/cuidador ou da equipe de saúde.
6. Não modificar a prescrição médica, reduzir ou aumentar doses dos medicamentos e não parar de administrar um medicamento contínuo por conta própria sem a orientação de um profissional qualificado.
7. Acender a luz sempre que for preparar ou ministrar medicação, para evitar trocas.
8. Avisar a equipe de saúde se o idoso costuma utilizar chás naturais, fórmulas fitoterápicas e homeopáticas. As plantas podem interferir na ação de alguns medicamentos aumentando ou diminuindo o efeito desejado. (Ex: *Ginseng*, *Ginkgo Biloba*...)
9. Sempre ler o nome do medicamento antes de administrá-lo.
10. Não utilizar medicamentos por conta própria ou indicados por outras pessoas, pois na tentativa de ajudar podem agravar o estado de saúde do idoso.
11. Utilizar uma tabela de orientação com o nome e horário dos medicamentos a serem administrados. Para ajudar a lembrar os horários de tomar os medicamentos ajustar os horários das tomadas com as atividades diárias, como escovar os dentes, horários das refeições ou de deitar.
12. Se tiver qualquer um destes sintomas durante o tratamento: náusea, vômito, alterações na pele, alterações no seu hábito intestinal e falta de apetite, lembrar de informar o seu médico.
13. Ao procurar estabelecimentos de saúde lembre-se de sempre ter consigo a última prescrição dos medicamentos em uso, pois esta informação é muito importante para os profissionais que irão lhe atender.

VIA SONDA: cuidados na administração de medicamentos

1. Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20 mL de água filtrada ou fervida fria.
2. Preparar o medicamento a ser administrado, colocando o comprimido/cápsula em um recipiente de vidro. Com auxílio de uma colher, pressionar o comprimido contra o fundo do recipiente até que se transforme em pó, se o medicamento for uma cápsula somente abra e despeje o conteúdo em pó no recipiente de vidro. Adicione 20 mL de água. Aspirar todo o medicamento diluído com uma seringa e administrar. Caso fique algum resíduo no recipiente, acrescentar um pouco de água e aspirar novamente até que consiga administrar todo medicamento.
3. Se tiver mais de um medicamento para ser administrado no mesmo horário, cada um deve ser preparado separadamente. Entre administração dos medicamentos a sonda deve ser lavada com 5ml de água.
4. Não misturar na mesma seringa medicamentos diferentes, mas a seringa pode ser utilizada várias vezes para a mesma medicação. Nunca colocar medicamentos dentro do frasco com dieta.
5. Sempre após a administração do medicamento, lavar bem a seringa com água e guardar em local seco e arejado.

VIA ORAL: cuidados na administração de medicamentos

1. Posicionar o idoso sentado ou com cabeceira elevada.
2. Oferecer água para o idoso engolir o medicamento e observar se engoliu. Evitar tomar o medicamento com leite, chás e refrigerantes.
3. A presença de alimentos e os intervalos de jejum devem ser seguidos com cuidado, pois podem favorecer ou prejudicar o efeito desejado no tratamento. Se o medicamento deve ser tomado em jejum (estômago vazio) ingerir pelo menos 30 – 60 minutos antes da refeição ou duas horas após a refeição.

ANTICOAGULANTE ORAL: cuidados na administração de medicamentos

1. Caso esquecer a medicação do dia anterior, tome apenas o comprimido do dia.
2. Estar atento a sangramentos espontâneos (gengiva, nariz, manchas roxas na pele, urina, fezes, catarro, vômito) e caso ocorram procurar imediatamente serviço de saúde para avaliação médica.
3. Não usar medicamentos por conta própria, principalmente anti-inflamatórios como Cataflam (diclofenaco potássico), Voltaren (diclofenaco sódico) e ibuprofeno. Evitar o uso de analgésicos que contenham ácido acetilsalicílico (AAS ou Aspirina), pois podem causar irritação no estômago e sangramento.
4. Identificar em algum documento que o idoso está em tratamento com anticoagulante oral.
5. Atentar para os alimentos ricos em vitamina K, como vegetais e folhas verdes, óleos e gordura, pois eles diminuem o efeito do medicamento. Estes alimentos podem ser consumidos pelo idoso, mas em pequenas porções.
6. Fazer o exame de tempo de protombina conforme periodicidade estabelecida pelo médico.
7. Evitar quedas ou batidas.

8. Comunicar sempre o uso deste medicamento ao dentista ou a médicos de outras especialidades.
SUBCUTÂNEA – CUIDADOS COM A INSULINA
1. Lavar bem as mãos com água e sabão.
2. Misturar a insulina (NPH) lentamente entre as mãos até o líquido ficar leitoso e homogêneo. Não sacudir ou agitar o frasco.
3. Limpar a tampa do frasco com algodão com álcool.
4. Aspirar a quantidade de unidades da insulina de acordo com a prescrição. Se houver bolhas de ar injete a insulina de volta e aspire novamente.
5. Não é necessário limpar o local de aplicação com álcool. A limpeza pode ser feita somente com algodão seco, em sentido único.
6. Para aplicar faça uma prega na pele com os dedos e introduza a agulha em ângulo reto e após solte a prega e injete a insulina suavemente. Não esfregue o local e tampe agulha para evitar contaminação.
7. Esperar cinco segundos após a aplicação antes de retirar a agulha da pele, para garantir que não extravase a insulina.
8. Se o idoso utilizar dois tipos diferentes de insulina, aspirar separadamente cada tipo e sempre deixe a NPH (de aspecto leitoso) por último.
9. As seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pelo próprio idoso, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas. O número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por até oito aplicações, sempre para mesma pessoa). Após o uso, a seringa deve ser “recapada” e podem ser mantidas em temperatura ambiente.
10. Locais de aplicação: Faça rodízio aplicando no abdômen, braços, nádegas e coxas.
11. Descarte: Coloque as seringas e agulhas em frascos rígidos resistentes como frascos de amaciantes e garrafas PET.
12. Estar atento a sinais de HIPOGLICEMIA durante o tratamento: tonturas; tremores nas mãos; zumbido no ouvido; dormência ao redor da boca e da língua; fome exagerada; ânsia de vômito; sono; coração acelerado. Na presença desses sinais e sintomas: se possível realizar o teste de HGT (< 70 mg/dL); ofereça ao idoso algo doce, como por exemplo água com açúcar ou suco doce. Se o idoso não conseguir engolir, não forçar. Coloque açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e bochecha, e leve-o ao serviço de saúde.

DOMINIO 7: HIGIENE

CUIDADOS COM O BANHO DE CHUVEIRO
1. Regular a temperatura da água.
2. Manter janelas e portas fechadas para evitar correntes de ar.

3. Colocar o idoso sentando em um banco ou cadeira adaptada para o banho, com encostos laterais e posterior.
4. Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para prevenir quedas.
5. Não deixar o idoso sozinho durante o banho.
6. Estimular o idoso a realizar sua própria higiene, só realizar aquilo que o idoso não conseguir fazer sozinho.
7. Se necessário, utilizar um chuveirinho de mão para auxiliar no banho.
8. Ao lavar a axila, não levantar o braço comprometido mais do que a altura do pescoço. Após, apoiar o braço comprometido sobre a perna do idoso.
9. Ajudar o idoso a se enxugar, secando bem partes íntimas e dobras de joelhos, mamas, axilas e entre os dedos.
10. A higiene dos cabelos deve ser realizada no mínimo três vezes por semana.
11. Inspeccionar a integridade da pele em geral.

CUIDADOS COM O BANHO DE LEITO

1. Utilizar panos macios, evitando esfregar a pele com força, para não causar ruptura da pele.
2. Preparar duas bacias com água morna, testando a temperatura da água. Uma será utilizada com sabonete, a outra para enxaguar a pele.
3. Utilizar luvas descartáveis ou de borracha.
4. Cobrir o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.
5. Iniciar a higiene pela cabeça.
6. Lavar o rosto com pano molhado e pouco sabonete, após enxaguar o pano em água limpa e passar na pele para retirar o sabonete.
7. Lavar os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano.
8. Para lavagem dos cabelos, cobrir um travesseiro com plástico e colocar embaixo da cabeça da pessoa uma bacia.
9. Molhar a cabeça e passar um pouco de xampu.
10. Massagear o couro cabeludo e derramar água aos poucos até retirar toda a espuma.
11. Secar os cabelos, com toalha ou secador.
12. Lavar o pescoço, braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado com sabonete. Enxaguar o pano em água limpa e passar na pele para retirar o sabonete.
13. Secar bem os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante e hidratante.
14. Cobrir as partes superiores do corpo com uma toalha seca. Fazer da mesma forma com as pernas.
15. Lavar os pés e seque-os, principalmente entre os dedos. Passar creme hidratante.
16. Posicionar o idoso lateralmente e higienize as costas. Seque-as e, se possível, passe hidratante.
17. Para higiene das partes íntimas, colocar o idoso de barriga para cima e higienizar órgãos genitais e região inguinal. Após, lateralizar o idoso e higienizar região anal.

18. Na mulher, realizar a higiene da vagina da frente para trás, evitar que a água escorra do ânus para a vulva.
19. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glândula, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicionar o prepúcio para evitar estrangulamento da glândula.
20. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e sempre que o idoso urinar ou evacuar.

HIGIENE ORAL E CUIDADOS COM A BOCA

1. Se possível, colocar o idoso sentando em frente a pia, ou oferecer-lhe uma bacia.
2. Dar preferência a escovas de cerdas macias e, sempre que possível, o fio dental.
3. Utilizar pequena porção de pasta de dente, para evitar engasgos.
4. Se o idoso necessitar de ajuda escove os dentes do idoso.
5. Retirar as próteses dentárias e limpe-as com escova de dente de cerdas mais duras, água e sabão neutro ou pasta dental.
6. Para limpeza da cavidade oral e gengivas, utilizar uma escova de cerdas macias. Se dispor, utilizar uma pinça para auxiliar na fixação da gaze, caso contrário enrolar a gaze no dedo indicador já protegido por luva e com movimentos circulares de dentro para fora limpe a cavidade oral.
7. Limpar a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de trás da língua para não causar ânsia de vômito.
8. Para os idosos que tem coordenação, enxaguar a boca e recolocar a prótese limpa.
9. Inspeccionar a boca do idoso para presença de feridas, que podem ser causadas por dentes quebrados.
10. Observar gengivas inflamadas e/ou com sangramentos. A higiene oral deve ser melhorada nestes casos.

HIGIENE DOS PÉS

1. Lavar os pés do idoso usando sabonete neutro e água morna. Após, secar bem os pés com uma toalha macia, principalmente entre os dedos e ao redor das unhas. Manter a pele hidratada, aplicando creme ou loção hidratante e não aplicar em cortes ou ferimentos ou entre os dedos para evitar umidade. Para cortar as unhas, utilizar um cortador de unhas adequado ou uma tesoura de ponta romba. O corte deve ser reto e não muito rente, após lixar os cantos para mantê-los arredondados.

DOMÍNIO 8: CUIDADOS COM PELE

EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO

1. Se possível, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, poder ser realizada quando for acordar o idoso para dar medicação ou realizar outro cuidado.

2. Manter a roupa de cama sempre bem esticada. Rugas e dobras podem provocar lesões na pele.
3. Se possível, utilizar colchão piramidal, que alivia o peso da pessoa em diferentes pontos onde os ossos são mais salientes.
4. Proteger o colchão com plástico na região das nádegas e coloque um lençol macio dobrado ao meio. A pele não deve ficar em contato com o plástico.
5. Se possível, manter a pele hidratada com hidratantes e óleos.
6. Se possível, oferecer líquidos em pequenas quantidades diariamente, pois os idosos desidratam com facilidade.
7. Trocar fraldas sempre que a pessoa urinar ou evacuar, evitando que a pele fique úmida.
8. Procurar alimentar o idoso fora da cama, evitando que resíduos fiquem no lençol e machuquem a pele.
9. Não utilizar almofadas do tipo “rosca”.
10. Evitar esfregar a pele com força quando estiver realizando higiene corporal. Faça movimentos suaves e use sabonete em pouca quantidade, enxaguando-o bem, para que a pele do idoso não fique ressecada.
11. Hidratar a pele de preferência com hidratante neutro, com movimentos leves sem fricção nas proeminências.
12. Proteger as proeminências ósseas, que pode ser feito com travesseiros ou almofadas de espuma, para libertar a carga de outras pregas grandes da pele e evitar a pressão pele-a-pele ou com outras superfícies. Além disso, realizar mudanças de posição pequenas, porém frequentes.

CUIDADOS COM ASSADURAS

1. Aparar pelos pubianos com tesoura, facilitando a higiene e a manutenção da área íntima seca.
2. Secar bem o idoso após o banho.
3. Realizar higiene íntima após urinar ou evacuar.
4. Se possível, aplicar barreira protetora (óxido de zinco, TCM ou creme apropriado) a cada troca.
5. Se tiver lesões de pele persistente no períneo, procurar serviço de saúde de referência.

DOMÍNIO 9: ELIMINAÇÕES

TROCA DE FRALDA

1. Realizar a lavagem das mãos antes da troca.
2. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartável.
3. Na mulher, realizar a higiene no sentido da frente para trás, evitando que as fezes entrem em contato com a vagina.
4. No homem, tracionar o prepúcio, expondo a glande, para que esta possa ser limpa e seca. Após reposicione o prepúcio para evitar

- estrangulamento.
5. Lateralizar o idoso com auxílio de um lençol dobrado no centro da cama para higienizar as nádegas, se o mesmo tiver condições peça que auxilie nos movimentos.
 6. Secar bem, principalmente entre as dobras.
 7. Inspeccionar a pele para identificar lesões.
 8. Se necessário, utilizar protetor cutâneo como óxido de zinco, óleo, hidratante, entre outros.
 9. Fechar a fralda sem que fique muito apertada para evitar lesões na virilha.
 10. Lavar as mãos após a troca.
 11. Procurar realizar a troca em local adequado, preservando a intimidade do idoso.
 12. Se o idoso for incontinente, realizar a troca de fralda, no mínimo, 4 vezes ao dia.

USO DO VASO SANITARIO

1. Ajudar o idoso a sentar no vaso, flexionando suas pernas segurando-o pelas axilas.
2. Se possível, utilizar barras de apoio ou alguma adaptação para o uso do vaso prevenindo quedas.
3. Proteger as mãos com luva de borracha ou descartáveis.
4. Auxiliar o idoso a se levantar.
5. Não deixar o idoso sozinho.
6. Lavar as mãos após a higiene.

SONDA VESICAL DE ALÍVIO

1. Material para realizar a Sonda Vesical de Alívio:

- Água e sabão neutro;
- Cateter uretral plástico com calibre de acordo com a indicação da equipe de saúde; lidocaína gel a 2%;
- Recipiente para coletar a urina;
- Um pote plástico com tampa para armazenar a sonda;
- Um espelho para mulheres.

2. Como realizar:

- Lavar as mãos e a parte genital com água e sabão;
- Reunir o material em lugar limpo;
- Posicionar o idoso de maneira confortável;
- Aplicar uma pequena quantidade de lidocaína sobre o cateter e introduzi-lo na uretra até que a urina comece a drenar;
- Nos idosos homens, deve-se lubrificar a sonda com a lidocaína, segurar o pênis na posição reta e introduzi-la;

- Massagear a região da bexiga até parar de drenar a urina;
- Quando parar de sair a urina, puxar lentamente o cateter e aguardar o término da drenagem, para retirá-lo totalmente;
- Medir o volume de urina e anotar para programar o número de sondagens necessárias durante o dia;
- Após, lavar as mãos.

3.Dicas:

- A mesma sonda pode ser usada por até 14 dias. Lavar bem a sonda após o uso com sabão neutro e água corrente e guardá-la em um pote fechado dentro da geladeira.
- Quando encontrar resistência na passagem da sonda, retire-a e tente introduzi-la novamente, girando em torno de si mesma. Não forçar a passagem da sonda;
- Em caso de sangramentos, calafrios, febre, urina turva ou com cheiro forte, procurar serviço de saúde;
- Para estabelecer o número de sondagens por dia, é necessário saber qual é a quantidade de urina que fica de resíduo dentro da bexiga. Se o volume residual se mantiver na maioria das vezes:
 - até 100 mL: nenhuma sondagem;
 - de 100 a 200 mL: 2 sondagens ao dia;
 - de 200 a 300 mL: 3 sondagens ao dia;
 - de 300 a 400 mL: 4 sondagens ao dia;
 - acima de 400 mL: 6 sondagens ao dia.

SONDA VESICAL DE DEMORA

1.Cuidados:

- A parte externa da sonda deve ficar fixa na coxa na mulher e no homem fixar na região supra púbica com micropore ou esparadrapo antialérgico para evitar tracioná-la e não causar ferimentos na uretra;
- Essa sonda só pode ser retirada ou colocada pela equipe de saúde;
- Lavar as mãos antes de mexer na sonda;
- Limpar a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos 2 vezes ao dia, para evitar acúmulo de secreção;
- Manter o frasco ou a bolsa coletora de urina abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira e não deixar que ela fique muito cheia, para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga;
- Nunca desconectar o frasco coletor da sonda;
- Se durante um tempo não houver urina na bolsa coletora, verificar se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa;

- Comunicar a equipe de saúde caso o idoso não urine num intervalo de 4 horas mesmo ingerindo líquidos.

BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA

1. Troca da bolsa:

- Trocar a bolsa a cada 7 dias ou antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela, ou quando se perceber deslocamento ou vazamento;
- Umedecer a pele com água morna e descolar cuidadosamente a bolsa;
- O recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato do estoma, retirar o papel que protege o adesivo e coloque-a de baixo para cima até que esteja bem colocada na pele. Fechar a parte de baixo com um clampe/grampo;
- Não utilizar álcool, ou outro produto para retirar, pois podem ressecar a pele;
- Lavar o estoma e a pele ao redor cuidadosamente com água e sabão, sem esfregar;
- Secar com pano macio, gaze, em toques leves;
- Observar alterações da pele periestomal (vermelhidão, lesões). Na presença de alterações locais procure o serviço de saúde.

2. Esvaziamento da bolsa:

- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado, geralmente 1 ou 2 vezes ao dia;
- Abrir o clampe/grampo e deixar as fezes escorrerem em um recipiente;
- Após esvaziar a bolsa a mesma pode ser higienizada embaixo do chuveiro;
- Para colar a bolsa certifique-se de que a pele ao redor do ostoma esteja bem seca, se necessário utilizar um secador de cabelo em temperatura morna para secar pele;
- Limpar o orifício da bolsa com um pano ou gaze para não ficar com mal cheiro;
- Dobrar o orifício da bolsa e fechar com clampe/grampo.

DOMINIO 10: VESTIR/DESPER

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Dar preferência a roupas simples, confortáveis e adequadas ao clima.
2. Se possível, deixe o idoso escolher sua própria roupa preservando sua autonomia.
3. Evitar uso de chinelo sem apoio no calcanhar para evitar quedas.
4. De preferência, vestir roupas mais largas nos quadris se o idoso permanece sentado por muito tempo.
5. Se idoso tem um braço comprometido, vestir primeiro o braço afetado e ao retirar a roupa, iniciar pelo braço sadio.
6. Se o idoso for acamado, dar preferência para roupas com abertura nas costas.

DOMINIO 11: POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

POSICIONAMENTO NA CAMA PARA IDOSOS DEPENDENTES	
1.	Utilizar bastante travesseiros, ou faça almofadas de diferentes tamanhos.
2.	Barriga para cima: Utilizar uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente para o lado direito, para a posição dorsal e para o lado esquerdo). Utilizar rolinhos de toalha para manter a posição.
2.1	Os braços devem ficar esticados e mãos abertas posicionadas em travesseiros ou coxins.
2.2	As pernas devem ficar levemente dobradas, com travesseiros em toda extensão da panturrilha, com os calcâneos suspensos.
2.3	Para virar o idoso de lado, dobre as pernas do idoso e o segure-o por trás do ombro e no quadril, realizando o movimento de lateralização. Nunca puxe-o pela mão.
3.	De lado sobre o LADO BOM: O travesseiro deve preencher o espaço entre a orelha e o colchão.
3.1	Deixar o braço de cima (comprometido) esticado sobre um travesseiro, com mão aberta e ombro mais para frente.
3.2	Dobrar as pernas e colocar um travesseiro ou almofadas de espumas entre elas.
3.3	Apoiar as costas com travesseiros, ou almofadas de espumas caso o idoso não consiga ficar bem de lado.
4.	De lado sobre o LADO DOENTE: Deixar o braço doente apoiado em travesseiro e esticado na linha do ombro.
4.1	O outro braço pode ficar esticado ao lado do corpo, ou apoiado em um travesseiro ou almofadas de espumas.
4.2	Cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro.
4.3	Posicionar as pernas da mesma forma que se faz para o lado bom.
4.4	Utilizar um lençol móvel que facilita bastante a movimentação.
4.5	Dobrar as pernas e girar o corpo do idoso para o lado que quiser virar.
4.6	Nunca puxar o idoso pelo braço afetado, utilizar sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.
TRANSFERÊNCIA	
1.	Lateralizar o idoso e colocar as pernas para fora da cama e levantar o idoso apoiando-o com os braços, segurando-o com o braço por baixo das axilas e a mão nas suas costas. Nunca puxar o idoso pelo braço.
2.	Apoiar também as costas e os joelhos do idoso para sentá-lo.

3. Pedir para o idoso entrelaçar as mãos em volta do seu pescoço, assim os braços não ficam soltos.
4. Se o idoso não ficar em pé com segurança, coloque-o sentado em uma poltrona. Se necessário utilize uma contenção com um lençol amarrado na altura do abdômen, para evitar queda.
5. Posicionar a poltrona ao lado da cama, e após o idoso entrelaçar as mãos ao redor de seu pescoço, coloque-o em pé e gire-o até colocá-lo na cadeira.
6. Deixar a cabeça reta e cuidar para o idoso não ficar jogado na cadeira.
7. Manter as pernas afastadas e dobradas, com os pés apoiados no chão ou em travesseiros.
8. Apoiar os braços com travesseiros, ou na própria cadeira, dobre-os, com a palma da mão virada para baixo, se possível.
9. Manter o tronco reto.
10. Para posicioná-lo corretamente na cadeira, segure-o por trás da cadeira, deixe os braços cruzados e segure seus antebraços, passando duas mãos por debaixo das axilas do idoso.
11. Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilizar travesseiros nas laterais da poltrona.

DOMINIO 12: PREVENÇÃO DE QUEDAS

ORIENTAÇÕES GERAIS
1. Se possível, evitar tapetes soltos, pequenos ou com dobras.
2. Cuidado com pisos escorregadios, chão molhado. Não passar cera no chão.
3. Evitar móveis e outros objetos no local de circulação do domicílio (móveis, sapatos, roupas, etc).
4. Se possível, evitar uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio.
5. Se possível, evitar roupas compridas, arrastando pelo chão.
6. Se possível, evitar cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos.
7. Se possível, evitar cadeiras sem braços.
8. Se possível, utilizar algum equipamento adequado para o uso do vaso sanitário e banho de chuveiro (barras de apoio, cadeira de banho, cadeira de assento, tapete antiderrapante, etc).
9. Atentar para que o idoso não levante-se do leito sozinho.
10. Colocar as roupas/objetos de uso pessoal em locais de fácil acesso.

Anexo A – Aprovação do comitê de ética em pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50105715.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: FIPE/HCPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.335.155

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado vinculado ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFRGS. O tema é sobre o cuidado de idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) dependentes que atualmente constitui-se em uma situação frequente para as famílias. De acordo com estudos recentes, os cuidadores familiares recebem pouca orientação após alta hospitalar a respeito dos cuidados necessários e a utilização de protocolos sistematizados de cuidados que auxiliem aos enfermeiros na orientação de cuidadores familiares no domicílio ainda é pouco explorada no Brasil. O objetivo deste estudo é validar um protocolo de intervenções educativas de cuidado domiciliar para cuidadores familiares de idosos após AVC. Trata-se de um estudo metodológico conduzido em três etapas. A primeira etapa prevê a construção de um protocolo de intervenção educativa direcionado ao cuidador familiar de idosos com AVC embasada em revisão sistemática da literatura que será organizado nos domínios: suporte emocional, utilização da rede de atenção e cuidados relacionados com as atividades básicas da vida diária (ABVDs). Na segunda etapa, será realizado um pré-teste com cinco juízes que realizarão a validação de aparência e avaliação de conteúdo do protocolo elaborado. A terceira etapa consistirá na validação do protocolo de intervenção por 30 especialistas com experiência na área da saúde do idoso e atenção domiciliar por meio da Técnica Delphi. A avaliação da

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Página 04 de 05

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.335.155

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Novembro de 2015

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)