

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

CAROLINA BALTAR DAY

**EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SHARE NA SOBBRECARGA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Porto Alegre

2017

CAROLINA BALTAR DAY

**EFEITO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SHARE NA SOBRECARGA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Prof^a Orientadora: Dr.^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

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

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

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Day, Carolina Baltar

EFEITO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA SOBRECARGA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO /
Carolina Baltar Day. -- 2017.
98 f.

Orientadora: Lisiane Manganelli 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. Ensaio clinico randomizado. 2. Atenção
domiciliar. 3. Idoso. 4. Cuidador Familiar. 5.
Acidente Vascular Cerebral. I. Paskulin, Lisiane
Manganelli Girardi, orient. II. Título.

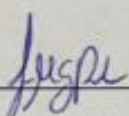
CAROLINA BALTAR DAY

Efeito de Intervenção Educativa na Sobrecarga de Cuidadores Familiares de Idosos com Sequelas Após Acidente Vascular Cerebral: Ensaio Clínico Randomizado

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.

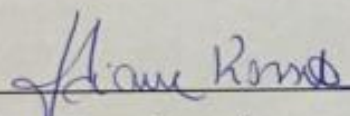
Aprovada em Porto Alegre, 07 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



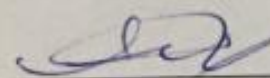
Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Presidente – PPGENF/UFRGS



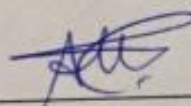
Profa. Dra. Idiane Rosset

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eneida Rejane Rabelo da Silva

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratão

Membro – UFSCar

RESUMO

Introdução: Frente à dependência funcional de idosos após um acidente vascular cerebral (AVC), os cuidadores familiares enfrentam a falta de conhecimento e de habilidades para realizarem os cuidados necessários no domicílio, o que tende a influenciar sua sobrecarga.

Objetivos: Comparar o efeito de intervenção educativa no domicílio na sobrecarga de cuidadores familiares de idosos após AVC, com orientações usuais de cuidado no período de um mês.

Métodos: Ensaio clínico randomizado (ECR), denominado *Nursing Home Care Intervention Post Stroke* (SHARE). O grupo intervenção (GI) recebeu o acompanhamento sistemático de enfermeiras por meio de três visitas domiciliares (VDs) no período de um mês, para preparo dos cuidadores na realização das atividades de vida diária (AVD) do idoso, suporte emocional e orientações para utilização dos serviços de saúde. O grupo controle (GC) contou com as orientações usuais de cuidado dos serviços de saúde. O desfecho primário foi a sobrecarga do cuidador, e os desfechos secundários foram a capacidade funcional e as reinternações hospitalares dos idosos, avaliados em sete dias e 60 dias após a alta. As análises foram realizadas por intenção de tratar e foi utilizado o programa SPSS 21.0. Para análise do efeito da intervenção nos desfechos foram utilizados os testes t-student pareado, com intervalo de confiança de 95% e t independente. Para verificação do efeito de interação foi realizada análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas. Foi considerado como valor significativo $p < 0,05$. Para controle de fatores confundidores, análises multivariadas foram utilizadas. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (nº 160181).

Resultados: De maio de 2016 a setembro de 2017, foram randomizados 48 idosos e seus cuidadores familiares, 24 para o grupo intervenção (GI) e 24 para o GC. Dos idosos, 54,1% eram do sexo feminino, e 95,8% apresentaram AVC isquêmico (AVCi). Dos cuidadores, 87,5% eram mulheres, com idade média de $53,3 \pm 12,9$ anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à sobrecarga (0,43 GI vs 0,78 GC, $p = 0,717$), capacidade funcional (16 GI vs 18,7 GC, $p = 0,999$) e reinternações hospitalares (17% GI vs 8,3% GC, $p = 0,854$).

Conclusão: A intervenção SHARE parece não ter influenciado na redução da sobrecarga dos cuidadores, na capacidade funcional e reinternação dos idosos. Sugerem-se outras composições da intervenção e a avaliação de outros desfechos. Registro no Clinical Trials: NCT02807012.

Descritores: Estudo de intervenção; Acidente Cerebral Vascular; Cuidador Familiar; Idoso; Ensaio clínico randomizado.

ABSTRACT

Introduction: Faced with the functional dependence of the elderly after a stroke, family caregivers face the lack of knowledge and skills to perform the necessary health care at home, which tends to negatively influence their overload. **Objectives:** Compare the effect of home educational intervention (SHARE), on the overload of family caregivers of the elderly with stroke when compared to usual care in one month. **Methods:** Randomized clinical trial denominated Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE). The intervention group (GI) receive a systematic follow-up of nurses through three home visits (VDs) during one month, to prepare the family caregivers in performing daily life activities of the elderly, emotional support and orientations for the use of health services. The control group (CG) did not receive the VD and had the usual care of the health services. The primary outcome was a caregiver burden, and the secondary outcomes were functional capacity and hospital readmissions of the elderly, evaluate at 7 days and 60 days after discharge. The analyzes were performed by intention to treat and the SPSS 21.0 program was used. For the analysis of the effect of the intervention on the results we used the t-student paired tests, with 95% confidence interval and independent t. For analysis of the interaction effect, analysis of variance (ANOVA) was performed for repeated measures. A significant value was considered $p < 0.05$. For the control of confounding factors, multivariate analyzes were used. The study was approved by the Research Committee of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (n° 160181). **Results:** From May 2016 to September 2017, 48 elderly and their family caregivers were randomized, 24 for the intervention group (GI) and 24 for the CG. Among the elderly, 54.1% were female, and 95.8% had ischemic stroke. Of the caregivers, 87.5% were women, mean of 53.3 ± 12.9 years. There was no statistically significant difference between the groups regarding burden (0.43 GI vs 0.78 GC, $p = 0.717$), functional capacity (16 GI vs 18.7 GC, $p = 0.999$) and hospital readmissions (17% GI vs. 8.3% GC, $p = 0.854$). **Conclusion:** The SHARE intervention seems to have not influenced in the outcomes. Other intervention compositions are suggested and evaluation of other outcomes. **Clinical Trial Registration:** NCT02807012.

Key words: Intervention study; Stroke; Family Caregiver; Elderly; Cinical trial.

RESUMEN

Introducción: Frente a la dependencia funcional de los ancianos después de un accidente cerebrovascular (AVC), los cuidadores familiares enfrentan a la falta de conocimiento y habilidades para realizar los cuidados necesarios en el domicilio, lo que tiende a influenciar negativamente su sobrecarga. Objetivos: Comparar el efecto de intervención educativa domiciliar (SHARE), en la sobrecarga de cuidadores familiares de ancianos con AVC, cuando comparada con el cuidado habitual en un mes. Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, llamado *Nursing Home Care Intervention Post Stroke* (SHARE). El grupo intervención (GI) recibió lo seguimiento sistemático de enfermeras por medio de tres visitas domiciliarias (VDs) en el período de un mes, para preparación de los cuidadores en la realización de las actividades de vida diaria del anciano, soporte emocional y orientaciones para la utilización de los servicios de salud. El grupo control (GC) no recibió las VD y contó con lo cuidado habitual de los servicios de salud. Los desenlaces fueron evaluados en siete días y 60 días después del alta. Los análisis se realizaron por intención de tratar y se utilizó el programa SPSS 21.0. Para el análisis del efecto de la intervención en los resultados se utilizaron las pruebas t-student pareado, con intervalo de confianza del 95% y t independiente. Para la verificación del efecto de interacción se realizó análisis de varianza (ANOVA) para medidas repetidas. Se consideró un valor significativo $p < 0,05$. Para el control de factores confundidores, se utilizaron análisis multivariados. El estudio fue aprobado en el Comité de Ética e Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n° 160181). Resultados: De mayo de 2016 a septiembre de 2017, fueron randomizados 48 ancianos y sus cuidadores familiares, 24 para cada grupo. De los ancianos, el 54,1% eran del sexo femenino, y el 95,8% presentó AVC isquémico. De los cuidadores, el 87,5% eran mujeres, con edad promedio de $53,3 \pm 12,9$ años. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la sobrecarga (0,43 GI vs 0,78 GC, $p = 0,717$), capacidad funcional (16 GI frente a 18,7 GC, $p = 0,999$) y reinternaciones hospitalarias (17% GI vs 8,3% GC, $p = 0,854$). Conclusión: La intervención SHARE parece no haber influido en los desfechos. Se sugieren otras composiciones de la intervención y evaluación otros resultados. Registro en el Clinical Trials: NCT02807012.

Descriptores: Estudio de intervención; Accidente Cerebral Vascular; Cuidador Familiar; Ancianos; Ensayo clínico.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Tarefas avaliadas pela MIF; Riberto, 2001.....	33
Figura 2	Representação gráfica do diagrama da logística do estudo e operacionalização da coleta de dados do Ensaio Clínico Randomizado.....	35
Figura 3	Diagrama conforme o <i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i> (CONSORT).....	41
Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas dos idosos incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.....	42
Tabela 2	Características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores familiares incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.....	43
Tabela 3	Características do papel de cuidar dos cuidadores familiares incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.....	44
Tabela 4	Efeito da intervenção SHARE na sobrecarga dos cuidadores familiares. Porto Alegre, 2017.....	46
Tabela 5	Efeito da intervenção SHARE na capacidade funcional dos idosos. Porto Alegre, 2017.....	47
Tabela 6	Reinternações hospitalares dos idosos incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC -	Acidente Vascular Cerebral
AVCh -	Acidente Vascular Cerebral hemorrágico
AVCi -	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCt -	Acidente Vascular Cerebral Transitório
AD -	Atenção Domiciliar
AD1 -	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2 -	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3 -	Atenção Domiciliar tipo 3
ABVDs -	Atividades Básicas de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVDs -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CBS -	<i>Caregiver Burden Scale</i>
CONSORT -	<i>Consolidate Standards of Reporting Trials</i>
DPOC -	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECR -	Ensaio Clínico Randomizado
EUA -	Estados Unidos
ESF -	Estratégias de Saúde da Família
EMAP -	Equipes Multiprofissionais de Apoio
EMAD -	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
HCPA -	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ITU -	Infecções do Trato Urinário
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF -	Medida da Independência Funcional
ONU -	Organização das Nações Unidas
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAD -	Serviços de Atenção Domiciliar
SHARE -	<i>Nursing Home Care Intervention Post Stroke</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
SPSS -	<i>Statistical Package For Social Sciences</i>

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE-AVC - Unidade de Cuidados Especiais de AVC
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VD - Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo primário	16
2.2 Objetivos secundários.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 As políticas para a pessoa idosa e suas interfaces com os cuidadores e a atenção domiciliar	17
3.2 AVC, capacidade funcional do idoso e reinternação hospitalar.....	19
3.3 Sobrecarga do cuidador familiar.....	21
3.4 Atenção domiciliar e transição do cuidado.....	23
3.5 Intervenções profissionais para o cuidador familiar de idosos com AVC.....	26
4 MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Local e período de realização do estudo	30
4.3 Sujeitos do estudo.....	31
4.3.1 Critérios de inclusão	31
4.3.2 Critérios de exclusão.....	32
4.4 Cálculo da amostra	32
4.5 Desfechos em estudo	33
4.5.1 Desfecho primário: Sobrecarga do cuidador familiar	33
4.5.2 Desfechos secundários: Capacidade funcional e reinternações do idoso	35
4.6 Logística do estudo.....	36
4.7 Randomização	38
4.8 Cegamento	38
4.9 Protocolo do estudo	38
4.9.1 Intervenção.....	38
4.9.2 Controle	40
4.9.3 Análise dos dados	41
4.10 Aspectos éticos.....	42
5 RESULTADOS	43
5.1 Características sociodemográficas e clínicas do idoso com AVC	44
5.2 Características dos cuidadores familiares	45

5.3 Sobrecarga do cuidador familiar.....	47
5.4 Capacidade funcional do idoso	49
5.5 Reinternações Hospitalares do Idoso	50
6 DISCUSSÃO	51
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	59
8 CONCLUSÕES	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES.....	73
APÊNDICE A - Dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde do idoso verificados no momento da alta hospitalar.	74
APÊNDICE B - Dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde do cuidador no momento da alta hospitalar.....	75
APÊNDICE C – Coleta de dados basais do idoso na primeira visita domiciliar após a alta hospitalar.	76
APÊNDICE D – Coleta de dados basais do cuidador na primeira visita domiciliar após a alta hospitalar.	77
APÊNDICE E – Avaliação do idoso e do cuidador na visita domiciliar 60 dias após a alta hospitalar.....	78
APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos	79
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores familiares.	80
ANEXOS	81
ANEXO A – Protocolo de intervenções com orientações sobre cuidados domiciliares a cuidadores familiares de idosos com AVC.	82
ANEXO B - Medida de Independência Funcional	97
ANEXO C - <i>Caregiver Burden Scale</i>	99

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que à medida que as pessoas envelhecem tornam-se mais propensas a experimentar múltiplas condições crônicas (OMS, 2015). Dentre as doenças crônicas o acidente vascular cerebral tornou-se uma das principais causas de incapacidade, sendo a segunda causa de mortalidade no mundo, representando 11,1% das mortes em 2015 (OMS, 2016). Este mesmo documento refere que esta doença acomete, em sua maioria, pessoas idosas e que estas representaram 84,4% da população mundial que morreu por AVC.

No Brasil, em 2011, a taxa de mortalidade específica por doenças cerebrovasculares em idosos era de 11%, e no Rio Grande do Sul era de 8,38%, sendo o quarto estado brasileiro com maior causa de óbitos por essas doenças (DATASUS, 2011). De acordo com inquérito nacional de base domiciliar realizado em 2013, a prevalência de idosos brasileiros que reportaram história de AVC foi de 15,3% (BENSENOR et al., 2015). Estudo de base populacional, realizado em 2009 na cidade de Porto Alegre, identificou que a prevalência de idosos que referiram AVC foi de 32,9% (COPSTEIN et al., 2013).

Os sobreviventes de AVC retornam para a comunidade necessitando de cuidados especiais e orientações para se adaptarem ao novo estilo de vida e as limitações impostas pela doença. Em casa, eles passam a ser assistidos pela família, devido à falta de recursos financeiros das mesmas para contratar empresas especializadas ou cuidadores formais (PEREIRA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2013). Assim, a transição do cuidado do hospital para o domicílio é um momento difícil, considerando que a perspectiva do cuidado se modifica. O idoso deixa de receber uma assistência especializada, e passa a ser assistido por um familiar inserido em seu contexto social, implicando na mudança dos papéis desenvolvidos no núcleo familiar (CAMERON et al., 2016; RODRIGUES et al., 2013).

Estudo de revisão integrativa descreve que as principais dificuldades encontradas pelos cuidadores, de pacientes sobreviventes ao AVC, no domicílio estão relacionadas a falta de informação sobre a doença e suas complicações, e sobre a execução dos cuidados a serem realizados. Os cuidadores possuem dúvidas a cerca de como alimentar o paciente, como administrar medicações, como realizar higiene corporal e oral, além de terem dificuldades com os cuidados que necessitam força física como transferência e mobilização do paciente (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015).

Na ausência de apoio e conhecimento, o cuidador familiar passa a experimentar uma diversidade de sentimentos, como raiva e impaciência, seguidas de culpa e de compaixão.

Muito cuidadores sentem-se na obrigação de cuidar do idoso, encarando como um dever moral ou papel social devido aos laços afetivos. Frente a estas situações, mais o cansaço, e o acúmulo de funções e das novas atividades agregadas à rotina diária, o cuidador sente-se estressado e sobrecarregado, o que se reflete nas relações familiares, sendo potencializados pela falta de apoio físico, psicológico e financeiro (PEREIRA et al., 2013; OLIVEIRA, CALDANHA, 2012; OLIVEIRA; D'EBOUX, 2012; FERNANDES; GARCIA, 2009; ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Prestar cuidado ao idoso com um nível elevado de dependência, sem nenhum treinamento prévio, é um fator preditor de sobrecarga (GRATÃO et al., 2013) estando relacionada também ao nível funcional reduzido dos idosos com AVC (PEREIRA et al., 2013).

Dos pacientes sobreviventes ao AVC, sabe-se que estes são mais suscetíveis a novos AVCs e infecções pulmonares, e estas condições estão associadas à piora da capacidade funcional do paciente (ROHWEDER et al., 2015). O AVC é considerado a maior causa de incapacidade no mundo (FEIGIN et al., 2014), e no Brasil, em cerca de 25% dos casos, os pacientes permanecem com incapacidade severa (BENSENOR et al., 2015), devido as sequelas da doença, que podem ser físicas, cognitivas e/ou comportamentais (ARAÚJO; OLIVEIRA; COSTA, 2013), acarretando em restrição de movimentos, dificuldade para falar, redução da cognição e da capacidade de tomar decisões, entre outras (PEREIRA et al., 2013). A maioria das pessoas acometidas por AVC reinternam no primeiro ano após alta hospitalar, o que reflete os problemas encontrados na fase crônica da doença, que são relacionados à incapacidade funcional do paciente, as complicações do AVC, as comorbidades, a ineficácia da prevenção secundária, a aspectos de cuidado, bem como o processo de envelhecimento, na medida em que afetam o paciente (ROHWEDER et al., 2017).

No Brasil, estudo longitudinal identificou que, em um ano, a taxa de reinternação hospitalar de idosos foi de 16,1%. Os autores afirmaram a existência de poucos estudos que abordem as readmissões hospitalares, suas causas e consequências (BORGES; TURINI, 2011). Investigação realizada na região sul do Brasil, que caracterizou o perfil de pacientes com AVC internados em hospital de média complexidade, identificou que 36% dos pacientes com AVC reinternaram, no período de três anos, principalmente por pneumonias (comunitária e aspirativa), por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e por infecções do trato urinário (ITU) (SÁ; GRAVE; PÉRICO, 2014). Não foram encontrados estudos nacionais que identifiquem as taxas de reinternação de adultos e/ou idosos sobreviventes de AVC.

Investigação desenvolvida nos Estados Unidos (EUA), com pacientes adultos sobreviventes de AVC isquêmico, com média de idade de 70,8 anos, verificou que as taxas de

reinternação, após 30 e 90 dias da alta hospitalar, eram de 14% e 12,7%, sendo que destes, 30% e 15% reinternaram por um novo episódio de AVC, respectivamente (ALLEN et al., 2017). Outro estudo, desenvolvido na Noruega, que acompanhou por dez anos a readmissão hospitalar de pacientes, com média de idade de 76,5 anos, após AVC, identificou que em 20% dos casos a reinternação foi devido a causas vasculares (5,4% por AVC isquêmico, 1,1% por AVC hemorrágico e 10,5% por eventos cardíacos) (ROHWEDER et al., 2017).

As reinternações hospitalares indicam que existem significantes lacunas na qualidade do cuidado oferecido após o AVC, especialmente para os pacientes que tem alta hospitalar diretamente para o domicílio (PRVU et al., 2015). Estas podem ser reduzidas com adequado planejamento de alta e com a implementação de programas de transição do cuidado, de acordo com a gravidade do AVC e focado na prevenção de comorbidades que causam novas hospitalizações (HSIEH et al., 2017, LICHTMAN et al., 2013).

Neste contexto, o preparo do familiar, oferecendo educação, suporte e treinamento de habilidades, é essencial para aumentar sua segurança e participação na execução dos cuidados (CAMERON et al., 2016). No entanto, no Brasil, são inexistentes as políticas referentes ao papel atribuído à família e as redes de serviços no que tange aos idosos dependentes e seus cuidadores familiares, tendo como consequência a formação de uma rede de suporte informal (FERNANDES; SOARES, 2012). Apesar das políticas públicas definirem a formação de rede de atenção, cujo centro é a atenção básica, elas ainda apresentam fragilidades para cuidar do idoso pós-AVC, e os serviços de saúde na atenção domiciliar ainda são ineficientes (RODRIGUES et al., 2013).

Frente a estas condições, faz-se necessária a estruturação de uma rede de atenção à saúde, oferecendo cuidado contínuo, adequado em tempo e locais certos (MENDES, 2010). A Atenção Domiciliar (AD) é considerada um importante ponto desta rede de atenção (MACHADO et al., 2013), sendo entendida como uma nova modalidade de atenção, substitutiva ou complementar às já existentes, que oferece ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação no domicílio, buscando garantir a continuidade do cuidado e integração com as Redes de Atenção à Saúde. O processo de cuidar no domicílio está ligado aos aspectos referentes à constituição familiar, infraestrutura do domicílio e a qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde (BRASIL, 2012a). Assim, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) buscam ampliar a resolutividade e integralidade do cuidado, acompanhando os pacientes no local onde residem e realizando a transição do cuidado entre os diferentes pontos da rede de atenção (BRASIL, 2012b).

Observa-se a carência de pesquisas nacionais focadas em intervenções que possam subsidiar e apoiar a estruturação de uma política de saúde direcionada para o cuidador, principalmente de idosos no domicílio. Os poucos estudos existentes propõe intervenções de apoio social, emocional e psicológico como forma de ajuda e melhora da qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes no domicílio (OLIVEIRA, D'ELBOUX, 2012). A transição do cuidado também é um tema pouco abordado no contexto brasileiro, assim como as orientações para família de como executar o cuidado em casa (RODRIGUES et al., 2013).

No contexto internacional, recomendações canadenses para a transição do cuidado após AVC do hospitalar para o domicílio, indicam que a educação dos cuidadores familiares deve incluir o treinamento de técnicas de cuidados pessoais como de alimentação, de transferência e de posicionamento, além de orientações de como acessar os serviços de saúde (CAMERON et al., 2016). Modelos de intervenções educativas direcionadas para os cuidadores de idosos após AVC são descritos em outros estudos. Estes abordam o suporte e o preparo do cuidador para o manejo comportamental do paciente com AVC, as orientações sobre os efeitos físicos e sociais da doença, a prevenção de novos episódios de AVC, sendo oferecidas ou no domicílio, ou por meio de contato telefônico ou ofertadas em grupos educacionais. Estas intervenções demonstraram como resultado a melhora na satisfação dos cuidadores quanto ao cuidado recebido após a alta hospitalar do paciente e redução de sintomas depressivos (FENS et al., 2015; KIM et al., 2012; BAKAS et al., 2009; LARSON et al., 2005; DONNELLY et al., 2004). Além dessas orientações, dois ECR, um desenvolvido em Londres e outro em Portugal, ofereceram também intervenção educativa de treinamento de técnicas e habilidades de cuidado de enfermagem ao cuidador, que incluíram desde cuidados e prevenção de agravos do AVC, até posicionamento, transferência, banho e alimentação. Estes demonstraram redução da sobrecarga dos cuidadores que receberam intervenção quando comparados aos que não receberam (ARAÚJO et al., 2016; KALRA et al., 2004).

Assim, a hipótese do presente estudo é que a intervenção educativa SHARE, realizada por enfermeiros, no domicílio, com cuidadores familiares de idosos com sequela de AVC, realizada durante um mês, reduz a sobrecarga do cuidador, melhora a capacidade funcional e reduz internações hospitalares, comparada ao acompanhamento usual sem intervenção educativa. Este estudo torna-se relevante porque pretende oferecer subsídios que demonstrem a efetividade do cuidado domiciliar, buscando fortalecer o papel do enfermeiro como educador de cuidadores familiares e pacientes para o desenvolvimento de habilidades de cuidados no domicílio. Além disso, visa consolidar a transição do cuidado do hospital para outros serviços de saúde e a atenção domiciliar como modalidade de cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Comparar o efeito de uma intervenção educativa no domicílio, realizada por enfermeiros, na sobrecarga de cuidadores familiares de idosos após AVC, com orientações usuais de cuidado no período de acompanhamento de um mês.

2.2 Objetivos secundários

- Descrever a taxa de reinternação hospitalar dos idosos com AVC e sua associação com a intervenção oferecida.
- Verificar se a intervenção educativa aos cuidadores familiares está associada a capacidade funcional do idoso com AVC.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 As políticas para a pessoa idosa e suas interfaces com os cuidadores e a atenção domiciliar

A preocupação com políticas públicas focadas na pessoa idosa tem início no Brasil, após o processo de redemocratização do país em 1988, e tinham o intuito de suprir as necessidades do envelhecimento. (ANDRADE et al., 2013). Em 1988, tem-se a consolidação da Constituição Federal Brasileira, que garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Após, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde 8.080, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Ao mesmo tempo em que o SUS era regulamentado, em 1994, é instituída a Política Nacional do Idoso, com o intuito de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Em 1999, foi implantada a Política Nacional da Saúde do Idoso, estabelecendo diretrizes que nortearam a atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa, como a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. A diretriz referente à atenção às necessidades da saúde do idoso prevê a assistência domiciliar como um serviço alternativo à internação prolongada. (BRASIL, 1999).

Em 2002, a Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, em Madri, resultou no Plano de Ação Internacional, que elencou três dimensões prioritárias: idoso e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável ao idoso (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2003). No ano seguinte, no Brasil, foi aprovado o Estatuto do Idoso, reforçando os princípios dos direitos humanos da pessoa idosa, buscando proteger e formar uma base de amparo e respeito ao idoso, assegurando o direito à educação, cultura e saúde. Ele também prevê o atendimento domiciliar, incluindo internação, para aqueles que necessitarem e estiverem impossibilitados de se locomover (BRASIL, 2003).

Em 2006, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 399/GM divulga “O Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS” e aprova suas diretrizes, contemplando o Pacto pela Vida. Neste, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2006a). Estabelece ainda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Esta substitui a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999.

A PNSPI objetiva permitir um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional do idoso, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida. Estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o primeiro eixo pressupõe o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde. Já o segundo eixo volta-se para a promoção da saúde e da integração social do idoso, em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2006b).

Embora as políticas nacionais do idoso coloquem a família como responsável pelo atendimento de suas necessidades, não existe uma política específica direcionada para idosos dependentes, nem para um sistema de apoio às famílias e definição das responsabilidades das instâncias de cuidado formal e informal na prática (LUZARO, WALDMAN, 2004). A família é geralmente a principal fonte de cuidado dos idosos brasileiros (CECAGNO, SOUSA, JARDIM, 2004), e muitas vezes a função de cuidador é assumida por uma única pessoa (CATTANI, GIRANDON-PERLINI, 2004).

Os cuidadores são denominados de acordo com o vínculo existente com o paciente. 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 passam a assumir as ações de cuidado (GUIMARAES et al., 2012). Eles ainda podem ser chamados de cuidadores primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo cuidado ao idoso e pela maior parte das tarefas (ELIOPOULOS, 2005). Estudo transversal identificou que dos cuidadores (as) de idosos com AVC 83% eram do sexo feminino, 46,8% também eram idosos (as), 40% era esposo (a) e 41,9% eram filhos (as) dos idosos (PEREIRA et al., 2013). Outra pesquisa transversal também identificou que mais de 80% dos cuidadores familiares de idosos eram mulheres e que realizavam em média, de 12 a 24 horas diárias de cuidado (ANJOS et al., 2014).

O cuidador precisa ser orientado pela equipe de saúde quanto aos cuidados a serem realizados no domicílio. Tais tarefas envolvem ajudar no cuidado corporal, estimular e ajudar na alimentação, ajudar na movimentação, locomoção e atividades físicas apoiadas, fazer mudança de decúbito e massagem de conforto, servir de elo entre o usuário, a família e a

equipe de saúde, administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição, comunicar à equipe de saúde as intercorrências, entre outras. Para isso, o cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que devem estar atentas para as dificuldades e atender às suas demandas (BRASIL, 2012b).

3.2 AVC, capacidade funcional do idoso e reinternação hospitalar

O AVC é definido como o desenvolvimento súbito de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão. Os sinais mais comuns em adultos são a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo, além da confusão mental, dificuldade para engolir, falar ou compreender, cefaléia intensa e perda de consciência. Uma lesão cerebral muito grave pode causar a morte súbita (BRASIL, 2013a).

O AVC possui subtipos, o mais comum é o AVC Isquêmico (AVCi), que ocorre em 87% dos casos, como resultado de uma obstrução do vaso sanguíneo que fornece sangue para o cérebro. A condição para esta obstrução é a aterosclerose, que é o depósito de gordura na parede do vaso, implicando em obstrução do vaso por uma trombose cerebral – coágulo sanguíneo que se forma na parte obstruída do vaso – e em obstrução por embolia cerebral - coágulo sanguíneo formado em outra parte do corpo e que se desloca na corrente sanguínea até chegar a vasos pequenos, bloqueando o fluxo de sangue. Outro subtipo de AVC é o hemorrágico (AVCh), responsável por cerca de 13% dos casos, que é resultado do rompimento de um vaso cerebral, inundando o cérebro com sangue, que comprime este órgão. O AVCh pode ser causado por um aneurisma – é uma parte de um vaso enfraquecido que se rompe - ou por uma mal formação arteriovenosa – é o conjunto de vasos sanguíneos anormalmente formados, que podem se romper. Ainda existe o AVC transitório (AVCt), que refere-se ao bloqueio temporário do fluxo sanguíneo cerebral, no qual um coágulo que estava obstruindo o vaso pode se dissolver ou conseguir passar pelo vaso. O AVCt é considerado um sinal de alerta para futuros AVC, entre 7 à 40% dos pacientes que tiveram uma AVCi, referem ter tido um AVCt antes (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2017)

Os principais fatores de risco para o AVC são: idade maior que 65 anos, sexo masculino, baixo peso ao nascer, raça negra, história familiar de AVC, história pregressa de

AVCt, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, diabetes mellitus (DM), dislipidemia, cardiopatias, sedentarismo, obesidade, uso de contraceptivo oral, entre outros (MESCHIA et al., 2014). 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). Eles podem afetar o comprometimento motor e sensorial unilateral ou bilateral (incluindo falta de coordenação), gerar afasia/disfasia (falta de fluência da fala), entre outras sequelas que podem levar à incapacidade total ou parcial da pessoa, com grandes implicações para a sua qualidade de vida pela incapacitação, pelos anos de vida produtivos perdidos e pelos altos gastos financeiros envolvidos (OMS, 2006).

O AVC tem maior incidência nas pessoas com mais de 65 anos, estando associado à maior incapacidade entre os idosos mais velhos (MOZAFFARIAN et al., 2016). Estudo que avaliou a capacidade funcional de pacientes com AVC e média de idade de 73 anos, em atendimento domiciliar, identificou que mais de 80% dos sobreviventes apresentam algum grau de comprometimento motor, e devido às sequelas da doença, eram dependentes do cuidador para realizar as atividades que envolviam alimentação, banho, uso do banheiro, entre outras (OLIVEIRA et al., 2013). A capacidade funcional refere-se à aptidão do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais para condução de sua vida de forma autônoma e independente (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010), e pode ser avaliada por meio da dificuldade que o sujeito expressa em realizar suas atividades de atividades básicas de vida diária (ABVDs), que englobam àquelas que envolvem o autocuidado como tomar banho e alimentar-se e as atividades instrumentais de vida diária (AIVSs) (DUTRA et al., 2017).

Estudo que avaliou os fatores associados à incapacidade de idosos constatou que a dependência nas AIVD e nas ABVD, foi positivamente associada aos idosos com mais de 75 anos e àqueles que apresentavam AVC (BARBOSA et al., 2014). Neste sentido, a capacidade funcional do idoso é um importante indicador do grau de dependência, e também da necessidade de ações de prevenção ou de intervenção que possam reduzir os mecanismos que provocam o declínio funcional desta população (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

A dependência do idoso é um fator que está relacionado com as reinternações hospitalares. Os idosos que apresentam melhores habilidades motoras e cognitivas durante a reabilitação, após a alta hospitalar, têm menor propensão a serem rehospitalizados (OTTENBACHER et al., 2012). Estas reinternações geram altos custos para o sistema de saúde, devido às complicações da doença e necessidades de cuidado contínuo após a alta (PONOMAREV et al., 2015).

As readmissões hospitalares, não planejadas, podem representar uma carência no atendimento das necessidades de cuidado dos pacientes com determinadas doenças (BORGES; TURINI, 2011). A readmissão pode ser evitada com um adequado planejamento da alta e gerenciamento do quadro clínico, além da oferta de recursos no domicílio que possam atender as necessidades do paciente (LANDRUM; WEINRICH, 2006).

A taxa de readmissão hospitalar nos primeiros 30 dias após a alta é, de acordo com estudos americanos, de 14%. (ALLEN et al., 2017; LICHTMAN et al., 2013, LAKSHMINARAYAN et al., 2011). Investigação que avaliou a taxa de readmissão hospitalar e mortalidade de idosos após hospitalização por AVC, afirma que as readmissões são mais comuns no primeiro mês após o AVC, e cerca de 40% dos pacientes têm, no mínimo, uma hospitalização no primeiro ano após o AVC. Além disso, os autores encontraram que a causa mais comum associada às reinternações, são as pneumonias e outras doenças respiratórias (BRAVATA et al., 2007). Já uma pesquisa, desenvolvida em Taiwan, que avaliou como a gravidade do AVC afeta o risco e as causas de readmissões em pacientes com primeiro AVC, encontrou uma taxa de readmissão de 39,1% em um ano (HSIEH et al., 2017). Investigação descrita na introdução deste estudo identificou uma taxa de readmissão hospitalar de 67,5% em um ano, e 72,4% em dez anos (ROHWEDER et al., 2017). Estudo escocês, que investigou a prevalência de readmissões hospitalares após AVC, em pacientes com média de idade de 64 anos, identificou que 75,2% destes reinternam ao menos uma vez durante 10 anos de acompanhamento (PONOMOREV et al., 2015).

Pesquisas indicam como principal causa de reinternação de pacientes a ocorrência de um novo episódio de AVC isquêmico ou transitório, seguidos de infecções, que podem ser pulmonares ou do trato urinário. As complicações cardiovasculares também são causas frequentes das reinternações hospitalares (ROHWEDER et al., 2017; HSIEH et al., 2017; ROHWEDER et al., 2015; PONOMOREV et al., 2015; KILKENNY et al., 2013).

3.3 Sobrecarga do cuidador familiar

A situação de dependência causada subitamente após um AVC acarreta em rápidas mudanças no contexto familiar, o que pode gerar estresse e dificuldade de adaptação da família a esta nova realidade. Esta doença surge no núcleo familiar como uma ameaça ao seu equilíbrio e integridade, gerando sentimentos de insegurança e ansiedade. Diferente do que

ocorre quando a dependência é decorrente do processo natural de envelhecimento ou por uma doença crônica progressiva, que acarretam em mudanças lentas e uma adaptação mais gradual (SILVA, 2016). Neste contexto, tornar-se cuidador informal, muitas vezes, é uma condição imposta pelo núcleo familiar, que julga qual membro da família é mais apto ou disponível, e este é obrigado a assumir a tarefa de cuidar, não se sentindo preparado. Em outras situações, o familiar assume esta responsabilidade por não existir outra opção no núcleo familiar, ou fora dele (BAPTISTA et al., 2012).

O cuidar de um idoso dependente envolve realizar diversas tarefas no dia-a-dia, que estão diretamente relacionadas às atividades de vida diária (AVDs), tais como: a higienização oral e corporal do idoso (escovar os dentes e lavar o rosto, dar e/ou auxiliar no banho, 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 (FLORIANO et al., 2012).

Além das ações que envolvem o cuidar do idoso, o cuidador possui outras atividades, como os cuidados com a casa, com os filhos e com outros familiares, somado às preocupações financeiras geradas pelos custos com insumos que o idoso passa a necessitar, à dificuldade de manter-se ou conseguir um emprego e ter uma relação afetiva. Assim, o ato de cuidar do idoso dependente no domicílio, de forma ininterrupta, pode durar anos, e com isso os cuidadores podem desenvolver problemas de saúde física e mental. Este, ainda, é um ato solitário, que pode gerar isolamento social, devido à dedicação ao cuidado, e mudanças na vida particular e de toda a família. Todo este contexto e a forma como o cuidador lida com a situação, são aspectos causadores de sobrecarga (SILVA, 2016). Além disso, a presença de sintomas como tristeza, baixa autoestima, apatia, depressão e isolamento são preditores de sobrecarga psicológica, que causa maior impacto na vida do cuidador (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009). Estes sentimentos associam-se ao fato de que o cuidador precisa satisfazer as necessidades do outro, em detrimento de suas próprias, perdendo sua liberdade, não desfrutando de atividades de lazer, o que gera infelicidade e desânimo (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Soma-se neste contexto, o aumento dos encargos de cuidar, o que exige maior esforço do cuidador para suprir as necessidades do idoso frente à incapacidade cognitiva e funcional.

Como resultado das repercussões do cuidado e da situação de vulnerabilidade a qual o cuidador se expõe, surgem desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais, e todos estes fatores acarretam em sobrecarga para quem cuida (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). Além disso, estes cuidadores encontram-se sozinhos para realizar esta tarefa, e muitos apontam que a ajuda prometida por outros membros da família, nem sempre ocorre (SILVA, 2016).

Estudo transversal que avaliou a sobrecarga em cuidadores de idosos revelou que 57,6% dos cuidadores apresentaram leve a moderada sobrecarga, e esta foi associada ao maior tempo gasto e interrupto provendo o cuidado e ao cuidar de idosos mais velhos e com menor capacidade cognitiva (GRATÃO et al., 2012).

Estudo descritivo exploratório sobre o perfil de cuidadores de pacientes em cuidado domiciliar atendidos em unidades de saúde da família de Pernambuco identificou que, em média, os cuidadores sentiam-se moderadamente sobrecarregados, que 62,3% dos pacientes dependiam exclusivamente de seus cuidadores, sem ajuda de outros familiares, e que 68,3% dos cuidadores despendem mais de 8 horas para esta atividade (SANTOS; ALBUQUERQUE; FITTIPALDI, 2016).

O cuidador de pacientes idosos dependentes, principalmente os com sequelas de AVC, passa por uma rotina cansativa e frustrante, uma vez que a recuperação da capacidade funcional do idoso é lenta, ou não ocorre. Além disso, o cuidador pode apresentar uma falta de discernimento entre as necessidades de assistência total, mínima, máxima ou apenas supervisão do idoso para realizar alguma atividade, despendendo tempo e esforço de forma inadequada (PEREIRA et al., 2013; GRATÃO et al., 2013, NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

3.4 Atenção domiciliar e transição do cuidado

Atenção Domiciliar é definida como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Tem como objetivo reorganizar o processo de trabalho das equipes que realizam o cuidado domiciliar na rede de atenção, buscando reduzir hospitalizações, humanizar a atenção e ampliar a autonomia dos usuários (BRASIL, 2013b).

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, 2012b).

No Brasil, em 1949, surge pela primeira vez uma forma organizada de assistência domiciliar, inserida no Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência e vinculada ao Ministério do Trabalho, mas é na década de 1990 que o serviço se organiza como forma de cuidado domiciliar, concentrados em empresas privadas e nos grandes centros (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Nos anos 2000, surgem os programas de atenção domiciliar terapêutica para AIDS e o programa direcionado à atenção dos idosos, com portarias específicas. No entanto, estas experiências não tinham o incentivo ou regulamentação financeira de políticas públicas (CARVALHO, 2009).

Na implantação do SUS, com a Constituição Federal de 1988, não foi prevista a atenção domiciliar como um ponto da rede de cuidados. Somente em 2011, com a publicação da portaria nº 2.029, que esta foi estruturada como uma estratégia de atenção. Esta portaria propõe a organização do SAD nos municípios, em três modalidades, de acordo com a complexidade e frequência de atendimento. A atenção domiciliar tipo 1 (AD1) atende àqueles usuários com problemas de saúde controlados ou compensados, e com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até a unidade de saúde, que necessitem de uma frequência menor de cuidados e recursos de saúde. Na AD tipo 2 (AD2), o cuidado é destinado aos usuários que necessitem de cuidados de maior complexidade, mas que podem ser realizados no domicílio, no entanto é necessário a retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento de 24 horas, para casos de intercorrências. Na AD tipo três (AD3), são incluídos aqueles que necessitam de maior frequência de cuidados e recursos de saúde, com acompanhamento contínuo e uso de equipamentos. O SAD é responsável por gerenciar e operacionalizar as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), responsáveis pela prestação da assistência nas modalidades AD2 e AD3, enquanto a AD1 fica sob-responsabilidade das equipes de atenção básica (BRASIL, 2011).

Em, 2013, frente à necessidade de integração dos serviços de saúde, nova portaria ministerial, redefine a Política Nacional de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, incluindo a carga horária dos profissionais de cada equipe e o critério de adesão dos municípios aos SADs. As equipes passam a ser 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, 2013b). De acordo com a regulamentação da AD, para um paciente ser admitido em um SAD, é necessária a presença de um cuidador, que pode ser formal ou informal. As equipes assistenciais têm a responsabilidade de treinar este cuidador, envolvendo-o na realização dos cuidados, respeitando os limites de cada um. O cuidador deve ser abordado como sujeito do processo e executor das ações (BRASIL, 2011).

O usuário, que passa a ser cuidado no domicílio, necessita de uma rede social estruturada para que sua autonomia possa ser resgatada e a qualidade de vida de seu cuidador também (MANIVA; FREITAS, 2012). Para que o cuidado domiciliar seja realizado de maneira que supra as necessidades do idoso com AVC, ele deve começar a ser preparado e planejado, conjuntamente com a família do paciente, no momento da alta hospitalar (RODRIGUES et al., 2013). Este momento, entre a alta hospitalar e o início do cuidado no domicílio, é um dos tipos de transição do cuidado, que é definida como a coordenação da transferência de pacientes entre as diferentes configurações do cuidado à saúde (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014).

As discussões sobre este tema surgiram 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). Estas discussões se fortalecem frente à necessidade de se melhorar esta transição, pois ela tem ocorrido de forma inadequada, e acarreta em angústia e ansiedade dos familiares que terão que desempenhar o cuidado no domicílio (DANTAS; STUCHI; ROSSI, 2002), e isto está relacionado a maiores riscos para readmissão em hospitais e em serviços de emergência (GUERRERO; PULS; ANDREW, 2014; KESSLER et al., 2013).

O planejamento da alta não é uma realidade em grande parte das instituições hospitalares, e os usuários saem do hospital sem orientação adequada como, por exemplo, para a administração de medicamentos e outras informações necessárias para os cuidados pós-alta (HESSELINK et al., 2013; CAWTHON et al., 2012). Neste sentido, estudo de revisão sistemática, que identificou a prática de enfermagem na reabilitação do AVC, indicou que é necessário preparar os enfermeiros para lidar com este contexto, oferecendo formação e educação específica sobre a doença. (CLARKE, 2014).

3.5 Intervenções profissionais para o cuidador familiar de idosos com AVC

As intervenções direcionadas aos cuidadores, em geral, demonstram que essa traz benefícios tanto aos cuidadores quanto aos pacientes (KIM et al., 2012; ALVAREZ et al., 2011; KREVERS; ÖBERG, 2011), sendo consideradas um fator de proteção ao reduzirem a ansiedade e sobrecarga emocional dos cuidadores (ALVAREZ et al., 2011). Estudo realizado em alguns países da Europa, que analisou a situação e a percepção de apoio dos cuidadores familiares, demonstrou que a maioria dos cuidadores considera que apoio e suporte dos serviços sociais e de saúde melhoram a sua qualidade de vida e das pessoas com AVC (KREVERS; ÖBERG, 2011).

As intervenções de cuidado no domicílio mais efetivas são aquelas que instrumentalizam o cuidador, baseadas no contexto e necessidades familiares, para a realização do cuidado (MELO; RUA; SANTOS, 2014), e estas intervenções são estratégias eficazes no auxílio da redução da sobrecarga destes indivíduos (MARIN et al., 2013). Neste sentido, é de competência do enfermeiro utilizar suas habilidades de planejamento e de implementação de programas de educação e promoção à saúde, como estratégia de cuidado permanente ao paciente com AVC, oferecendo orientações e capacitando os cuidadores familiares para o enfrentamento da nova realidade (SILVA; MONTEIRO; SANTOS, 2015). Estudo nacional que investigou a prevalência de sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com sequelas de AVC, ressaltou a importância de intervenções realizadas por enfermeiros para orientar e supervisionar o cuidado dispensado pelo cuidador familiar, considerando a alta prevalência de sobrecarga destes cuidadores (COSTA et al., 2015).

As intervenções direcionadas para cuidadores de pacientes com AVC são descritas na literatura como programas de intervenção educativa e de apoio emocional para o cuidador familiar (MORES et al., 2013; BAKAS et al., 2009; LARSON et al., 2005). No entanto, estudo de revisão de literatura destacou que os cuidadores familiares de pacientes com AVC precisam de treinamento para realizar as atividades de vida diária, bem como de informações em relação aos serviços comunitários (CAMERON; GIGNAC, 2008). Nenhum estudo de intervenção domiciliar para cuidadores de idosos após AVC foi desenvolvido no Brasil, já no cenário internacional são descritos estudos e protocolos de intervenção no contexto domiciliar e/ou hospitalar, com o objetivo de auxiliar os cuidadores familiares no cuidado aos pacientes sobreviventes ao AVC.

ECR, desenvolvido em Londres, que ofereceu intervenção educativa, nominada *London Stroke Carers Training Course* (LSCTC), direcionada para o cuidador familiar de pacientes com AVC, com média de idade de 76 anos, durante internação hospitalar e acompanhamento domiciliar para adaptação das habilidades desenvolvidas, demonstrou redução da sobrecarga dos cuidadores que receberam a intervenção de instrumentalização para o cuidado, quando comparados aos que não receberam. A intervenção consistiu no ensino de técnicas e habilidades de cuidado para prevenção de agravos da doença, posicionamento, mobilidade, transferência e cuidados com eliminações e alimentação, sendo oferecida por uma equipe de pesquisa multidisciplinar, em três a cinco sessões hospitalares de 30 a 45 minutos de duração, sendo complementada por uma sessão de acompanhamento após a alta. O controle recebeu o cuidado usual que consistiu em informações sobre a doença, participação do cuidador familiar no planejamento da alta e orientações sobre os recursos disponíveis após a alta, como serviços de saúde que deveriam procurar e serviços de suporte voluntários (KALRA et al., 2004).

A intervenção LSCTC foi utilizada em outro ECR inglês chamado TRACS. Neste a intervenção foi ofertada pelas equipes multidisciplinares das instituições hospitalares incluídas no estudo, e não mais pelos pesquisadores em uma única instituição como no estudo descrito anteriormente. No TRACS a intervenção também foi direcionada para cuidadores familiares de pacientes com AVC e média de idade de 71 anos, internados nas unidades de AVC incluídos na pesquisa. O grupo controle recebeu o cuidado usual de acordo com os protocolos nacionais de atenção ao AVC. O estudo não demonstrou diferença estatisticamente significativa na sobrecarga do cuidador e independência funcional nas AVDs dos pacientes (FOSTER et al., 2013).

Outro ECR, desenvolvido em Portugal, que ofereceu uma intervenção de treinamento de cuidado, denominada InCARE, para cuidadores de idosos sobreviventes ao AVC, identificou que os cuidadores que receberam a intervenção demonstraram menor sobrecarga que os cuidadores do grupo controle (ARAÚJO et al., 2016). A intervenção consistiu no treinamento do cuidador para as técnicas de mobilização, banho, transferência, posicionamento e alimentação, e foi ofertada no domicílio do paciente por uma equipe multidisciplinar das unidades de saúde comunitárias, durante três visitas, em uma semana, um mês e três meses após a alta hospitalar. Ainda receberam suporte desses profissionais por contato telefônico em três, seis, oito e dez semanas após a alta. O cuidado convencional ofertado ao grupo controle consistiu nas atividades de rotina das unidades de saúde comunitárias, que englobam VDs de acordo com a necessidade dos cuidadores e pacientes,

orientações e informações sobre a doença e a prevenção de agravos, além de suporte emocional (ARAÚJO et al., 2015).

Em Taiwan, ECR ofereceu uma intervenção aos cuidadores familiares de pacientes com AVC e média de idade maior que 60 anos, que objetivou ensinar ao cuidador habilidades necessárias para assistir o paciente nas AVDs. Esta intervenção foi oferecida por fisioterapeutas, no domicílio dos pacientes, sendo realizada uma VD por semana, com duração de aproximadamente 90 minutos, durante 12 semanas. As atividades envolveram realizar exercícios para melhora das condições musculares, auxiliar na deambulação, subir e descer escadas, higiene, alimentação, vestir, uso do sanitário, e estimular o convívio social do paciente. O controle recebeu o cuidado usual, que envolvia uma visita semanal ou uma ligação telefônica, para discutir sobre o progresso da reabilitação do pacientes, mas o cuidador não recebia nenhum tipo de instrução ou treino de habilidades para o cuidado. Foi observado que a sobrecarga do cuidador familiar aumentou em ambos os grupos e que a capacidade dos pacientes do grupo intervenção em realizar as atividades de vida diária melhorou, porém estes resultados não foram estatisticamente significativos (WANG et al., 2015).

Em ECR português, foi comparada a capacidade funcional de pacientes com AVC que receberam uma intervenção de suporte para alta domiciliar, denominada HOMECARE, com aqueles que receberam cuidado usual. A intervenção teve como objetivo melhorar a transição do hospital para casa e foi oferecida por uma equipe multidisciplinar. Teve início na unidade internação, com o planejamento da alta hospitalar e foi concluída no domicílio do paciente, com a realização de até oito sessões de intervenção domiciliar em até um mês. Estas consistiram na educação dos pacientes e cuidadores sobre comportamentos saudáveis, fornecimento de informações sobre o AVC, utilização de recursos da comunidade, treinamento de habilidades de cuidado de acordo com as necessidades do paciente, focadas nas AVDs, sessões de fisioterapia e psicologia. O cuidado usual consistiu na alta sem acompanhamento domiciliar. Foi identificado que não houve diferença estatisticamente significativa na capacidade funcional entre os grupos intervenção e controle (SANTANA et al., 2017).

Protocolo de intervenção, denominado ATTEND, desenvolvido na Índia, propôs o treinamento de cuidadores familiares de pacientes sobreviventes ao AVC e com sequelas funcionais, oferecido por equipe multidisciplinar, para as atividades de vida diária como posicionamento, transferência, mobilização, alimentação, além de oferecer informações sobre a doença e preparar conjuntamente o plano de alta hospitalar. A intervenção ocorreu durante a internação hospitalar, com três sessões de aproximadamente uma hora, com a intenção de

acelerar a alta hospitalar. No retorno ao domicílio, os cuidadores e pacientes receberam até seis sessões, ao longo de dois meses, do coordenador do estudo, que ofereceu reforço das orientações e acompanhou o progresso dos pacientes. O ATTEND foi comparado com o cuidado usual hospitalar oferecido pelo sistema de saúde indiano. (ALIM et al., 2016). A intervenção não demonstrou efeito positivo e estatisticamente significativo nos desfechos avaliados, como a sobrecarga do cuidador, mortalidade e dependência funcional do idoso (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017).

Outro protocolo de intervenção, em desenvolvimento na China, chamado RECOVER, também propõe o treinamento de cuidadores familiares de pacientes com AVC para as atividades de vida diária e planejamento de alta, oferecidos por enfermeiras durante a internação hospitalar. Após a alta estes cuidadores e pacientes são acompanhados por meio de três contatos telefônicos no período de dois meses. O objetivo deste estudo é verificar se o RECOVER oferece melhora da capacidade funcional dos pacientes com AVC na área rural da China, quando comparado com o cuidado convencional (YAN et al., 2016).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um ECR, denominado *Nursing Home Care Intervention Post Stroke* (SHARE), cadastrado no clinicaltrials.gov sob o número NCT02807012. No ECR, o pesquisador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre um ou mais desfechos (HULLEY et al., 2015). Todas as etapas do estudo foram estruturadas de acordo com as recomendações do *Consolidate Standards of Reporting Trials* (CONSORT) (MOHER et al., 2010).

4.2 Local e período de realização do estudo

Este estudo foi conduzido na Unidade de Cuidados Especiais de AVC (UCE-AVC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no domicílio dos sujeitos incluídos na investigação, no período de maio de 2016 à setembro de 2017.

O HCPA é um dos hospitais de referência para o atendimento de pacientes com AVC, conforme pactuado com a Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CIB/RS, 2012). Localiza-se no bairro Santa Cecília e faz parte do Distrito Centro. É um hospital público, geral e universitário, atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela composta principalmente por pacientes do SUS. É vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e disponibiliza sua estrutura para o desenvolvimento de atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação. A instituição possui duas unidades hospitalares, e em 2016 teve 34.416 mil internações (HCPA, 2016).

Em julho de 2013, o HCPA criou a UCE, localizada na unidade de internação clínica sexto norte, e destinada a atender pacientes com diagnóstico de AVC provenientes tanto do serviço de emergência, quanto de outras unidades de internação. A UCE possui aproximadamente 10 leitos para pacientes com AVC. Nesta unidade, recebem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros,

farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo. Durante o tempo de internação, bem como no momento da alta, esses profissionais fornecem aos pacientes e seus familiares, informações acerca da doença, orientações e materiais educativos referentes aos cuidados que serão realizados no domicílio, tais como; alimentação/nutrição, cuidados com medicamentos, mobilidade e posicionamento no leito.

Após a alta, todos os pacientes são encaminhados para acompanhamento no ambulatório do HCPA para consulta com o neurologista e, de acordo com as limitações que apresentam, com fonoaudióloga e nutricionista. Os pacientes com sequelas funcionais são referenciados para a realização de fisioterapia, seja no serviço de fisioterapia do HCPA ou para outro vinculado à rede de atenção. De acordo com a necessidade do idoso e se, este residir na área de abrangência de algum SAD do município de Porto Alegre, ele também é encaminhado para acompanhamento domiciliar.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os cuidadores familiares de idosos com 60 anos ou mais selecionados no momento da alta hospitalar na UCE do HCPA. Foi considerado cuidador familiar àquele que assume a responsabilidade sobre o cotidiano de cuidados e que reorganiza a dinâmica familiar visando à pessoa idosa. Considerando os múltiplos novos arranjos familiares da contemporaneidade, o cuidador familiar nem sempre é aquele com relação consanguínea com o idoso (GOLDFARB; LOPES, 2013). Também foram sujeitos do estudo os idosos receptores do cuidado realizado pelos cuidadores familiares.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, os cuidadores familiares com idade acima de 18 anos e que prestavam cuidado e assistência não remunerada à pacientes com 60 anos ou mais, atendidos na UCE da instituição hospitalar, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de AVC, sendo este o primeiro com sequelas funcionais indicado por pontuação mínima de dois da Escala Modificada de Rankin (mRankin), registrada no prontuário do paciente. O domicílio do idoso

deveria estar localizado a uma distância de até 20 km do HCPA, devido à viabilidade de tempo e os recursos financeiros dos pesquisadores.

A mRankin é uma escala que permite a avaliação funcional de pacientes com AVC. É aplicada no momento em que o paciente interna na instituição e no momento de sua alta hospitalar. Foi desenvolvida em 1957 e possuía cinco níveis que variavam de ausência de incapacidade até incapacidade severa (RANKIN, 1957). Em 1988 foi revisada e denominada de Escala Modificada de Rankin (VAN SWIETEN et al., 1988) sendo esta mais frequentemente utilizada para avaliação funcional dos pacientes após AVC (WILSON et al., 2002). A versão modificada possui pontuação de zero a seis, onde zero significa assintomático (regressão de sintomas), 1 significa sintomas sem incapacidade (capaz de realizar tarefas e atividades habituais), 2 significa incapacidade leve (incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda); 3 significa incapacidade moderada (requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa); 4 significa incapacidade moderada a grave (incapaz de andar e realizar suas atividades sem ajuda), 5 significa incapacidade grave (limitado à cama, incontinência, requer cuidados de enfermagem e atenção constante); e 6 significa óbito (VAN SWIETEN et al., 1988).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os cuidadores familiares daqueles idosos que residiam em uma instituição de longa permanência, cuidadores familiares que não tiveram interesse em receber a VD, idosos que foram incluídos no SAD, e os idosos com mRankin de escore 6 (óbito), na fase de captação dos participantes do estudo.

4.4 Cálculo da amostra

O cálculo da amostra foi estimado pelo desfecho sobrecarga e baseado em estudo que demonstrou diferença da sobrecarga do cuidador após intervenção educativa. Esta diferença

foi de oito pontos na escala de sobrecarga *Caregiver Burden Scale*, entre os grupos controle e intervenção (KALRA et al., 2004).

A partir destes dados, foi realizado o cálculo estatístico, com o programa WinPepi versão 11.32. Considerando-se um nível de confiança de 95%, um poder estatístico de 80%, um tamanho de efeito mínimo de 0,8 desvios padrão entre os grupos quanto à sobrecarga e perda amostral de 20%, a amostra foi calculada em 48 pacientes. Foi realizada uma divisão equitativa em relação aos dois grupos, sendo alocados 24 pacientes no grupo intervenção e 24 pacientes no grupo controle.

4.5 Desfechos em estudo

Foi desenvolvido um questionário estruturado com informações sociodemográficas e clínicas dos idosos (sexo, idade, situação conjugal, história atual e pregressa de AVC, pontuação da escala mRankin na alta; comorbidades; limitações físicas prévias; restrição ao leito; uso de sondas ou ostomias; e reinternações) e dos cuidadores familiares (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, condições de saúde, situação de cuidador, tais como, o parentesco com o idoso; há quanto tempo cuida do idoso; número de horas que despense para realizar o cuidado; se recebe algum tipo de ajuda para executar esses cuidados; se reside com o idoso; se possuía experiência prévia no cuidado de outra pessoa e se recebeu orientação e/ou treinamento para cuidar de uma pessoa dependente). As informações quanto aos problemas de saúde do cuidador e comorbidades do idoso foram autorreferidas pelos participantes.

Os instrumentos foram elaborados de acordo com cada etapa de coleta de dados do estudo: no momento da alta hospitalar (APÊNDICE A e B); na primeira VD até sete dias após a alta para coleta dos dados basais do idoso e seu cuidador (APÊNDICE C e D); na última VD 60 dias após a alta hospitalar (APÊNDICE E).

Como desfecho primário foi considerado a sobrecarga do cuidador familiar, e como desfechos secundários foram considerados a capacidade funcional e reinternações hospitalares do idoso. Estes foram verificados pelos pesquisadores avaliadores na primeira e última VDs.

4.5.1. Desfecho primário: Sobrecarga do cuidador

A Sobrecarga do cuidador familiar foi verificada através da *Caregiver Burden Scale* (CBS) (ANEXO B). Esta escala possui 22 itens divididos em cinco dimensões: tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente. Às questões podem ser atribuídas respostas de 1 a 4, sendo: 1 - de modo algum; 2 - raramente; 3 - algumas vezes e 4 - frequentemente. Para a medida da sobrecarga dos cuidadores, o escore total é obtido pela média aritmética dos valores equivalentes às respostas das 22 questões, e o escore individual é obtido a partir da média aritmética dos valores equivalentes às respostas das questões específicas de cada dimensão. Não há ponto de corte para classificar a sobrecarga e quanto maior o escore, maior a sobrecarga (MEDEIROS et al., 1998).

A CBS tem sido amplamente utilizada em pesquisas que avaliam a sobrecarga de cuidadores de pacientes com AVC, e aborda áreas importantes para os cuidadores, como saúde, bem-estar mental, relações pessoais, sobrecarga física, suporte social, finanças e ambiente (OLIVEIRA et al., 2012). Foi adaptada e validada ao contexto cultural brasileiro por Medeiros e colaboradores (1998), com uma população de cuidadores de pacientes com doenças reumáticas. Os coeficientes de reprodutibilidade intra e interobservador foram 0.87 e 0.92, respectivamente, e a versão em português se mostrou um instrumento válido e reproduzível (MEDEIROS et al., 1998).

4.5.2 Desfechos secundários: Capacidade funcional e reinternações do idoso

Para avaliação da capacidade funcional do idoso foi utilizado o instrumento denominado Medida de Independência Funcional (ANEXO B). A MIF foi desenvolvida na década de 1980 por uma força tarefa norte-americana, organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, para verificar a incapacidade de pacientes com restrição funcional de origem variada. Tem como objetivo principal avaliar quantitativamente a carga de cuidados que um paciente dependente demanda para outra pessoa na realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária (RIBERTO et al., 2004; RIBERTO et al., 2001). A escala foi traduzida para o português brasileiro em 2000 (RIBERTO et al., 2001), e passou por processo de validação para o contexto brasileiro em 2004 (RIBERTO et al., 2004).

A MIF é composta por 10 categorias, divididas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfínteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Estas seis dimensões são divididas em dois domínios: MIF motor e a MIF cognitiva (Figura 2).

Figura 1 - Tarefas avaliadas pela MIF.

Tarefas avaliadas pela Medida de Independência Funcional			
MIF total	MIF motor	Autocuidados	Autocuidados Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura Vestir-se abaixo da cintura Uso do vaso sanitário
		Controle de esfínteres	Controle da urina Controle das fezes
		Transferências	Leito, cadeira, cadeira de rodas Vaso sanitário Chuveiro ou banheira
		Locomoção	Locomoção Escadas
	MIF cognitivo	Comunicação	Compreensão Expressão
		Cognição social	Interação social Resolução de problemas Memória

Fonte: Riberto, 2001.

Cada categoria pode ser classificada em uma escala de graus de dependência, composta por sete níveis de funcionalidade para realização das atividades (7: independência completa; 6: independência modificada; 5: supervisão, estímulo ou preparo; 4: dependência mínima - independência de no mínimo 75% para realização da atividade; 3: dependência moderada – independência de no mínimo 50% para realização da atividade; 2: dependência máxima- independência de no mínimo 25% para realização da atividade; 1: dependência total – independência menor que 25% para realização da atividade) (RIBERTO et al., 2001; LINACRE et al., 1994). O escore total da MIF é obtido somando-se a pontuação de cada dimensão, sendo que o mínimo é de 18 e o máximo, de 126 pontos (RIBERTO et al., 2004). Assim, quanto menor o escore da MIF, maior a dependência do idoso para a realização das tarefas (LINACRE et al., 1994).

No estudo de reprodutibilidade da versão brasileira da MIF, as subescala apresentaram boa correlação no teste/reteste e na reprodutibilidade interobservadores (Pearson: 0,91-0,98; ICC: 0,91-0,98 e Pearson: 0,87 – 0,98; ICC: 0,87 – 0,98, respectivamente). A análise de variância demonstra boa concordância entre as médias dos resultados de dois avaliadores, na

primeira avaliação e na medida após uma semana. Assim, esta versão possui boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade (RIBERTO et al., 2001). No estudo de validação, este instrumento mostrou-se sensível as alterações e clinicamente útil para avaliação de resultados de reabilitação em pacientes ambulatoriais subagudos e crônicos no Brasil (RIBERTO et al., 2004).

Este instrumento apresenta como diferencial a incorporação da avaliação cognitiva, sendo amplamente utilizada internacionalmente (MINOSSO et al., 2010). Além disso, este não é um instrumento autoaplicado, necessitando de um avaliador treinado para utilização da MIF (RIBERTO et al., 2001). Os avaliadores do estudo foram treinados por dois professores do grupo de pesquisa, habilitados para uso da MIF, e foi utilizado um manual de Orientação funcional para utilização da MIF (RIBERTO, M., 2005).

4.6 Logística do estudo

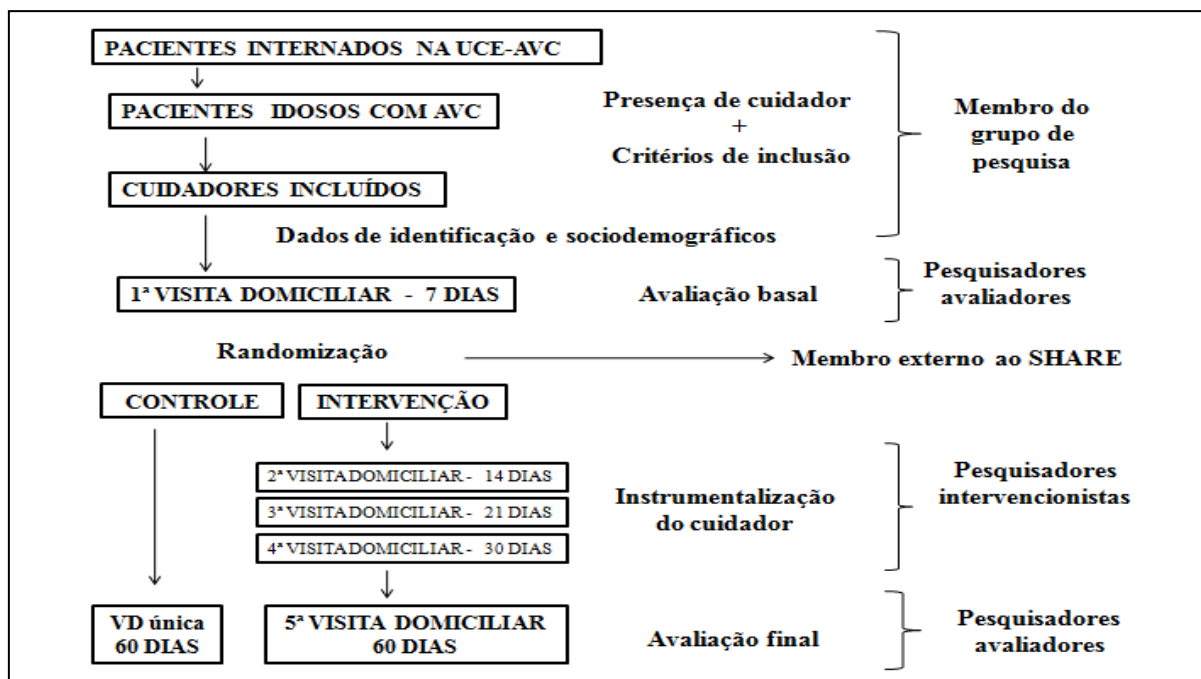
O diagrama da logística do estudo e a operacionalização da coleta de dados são apresentados na Figura 1. A coleta ocorreu de maio de 2016 a setembro de 2017, e iniciou com a identificação dos pacientes que internaram na UCE-AVC. Para isto, eram verificados, de segunda à sexta-feira, no sistema informatizado do HCPA, por um membro do grupo de pesquisa, os pacientes que internaram na UCE e que tinham 60 anos ou mais.

Os idosos captados receberam uma visita na unidade de internação, no momento da alta hospitalar, de um dos pesquisadores avaliadores, membro do grupo de pesquisa, para verificar a existência de cuidador familiar e se ele e o idoso atendiam aos critérios de inclusão. Os participantes que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Os que aceitaram assinaram o TCLE. Na sequência eram coletados os dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde do idoso e do cuidador (APÊNDICE A e B). Contudo, quando o cuidador presente neste momento não fosse aquele que realizaria os cuidados no domicílio, ou o idoso, que atendesse os critérios de inclusão, recebesse alta, antes deste contato entre avaliador e cuidador, o pesquisador avaliador realizava um contato telefônico para verificar se o cuidador atendia aos critérios de inclusão. Os que atendiam, também eram convidados a participar do estudo. Nestes casos, a assinatura do TCLE deste cuidador, bem como a coleta dos dados de identificação, sua condição de saúde e situação como cuidador era realizada na primeira VD.

Os sujeitos incluídos receberam uma VD, realizada em até sete dias após a alta, sendo adotado um desvio padrão de dois dias, por dois pesquisadores avaliadores, membros do grupo de pesquisa. Nesta VD, era aplicada ao idoso a MIF para verificar o grau de dependência que o mesmo possuía em relação ao cuidador, para realização das tarefas diárias, naquele momento, e era verificado se o idoso estava restrito ao leito, se utilizava fraldas, sondas ou traqueostomia (APÊNDICE C). Ao cuidador era aplicada a CBS, para avaliar a sobrecarga do cuidador (APÊNDICE D).

Após a aplicação dos instrumentos, os participantes eram randomizados para grupo controle ou intervenção. Os participantes incluídos no grupo intervenção seguiram recebendo VDs em até 14 (2º VD), 21 (3º VD) e 30 (4º VD) dias após a alta, realizada pelos enfermeiros intervencionistas, enquanto o grupo controle recebeu o cuidado convencional após a mesma. Na quarta VD, o cuidador familiar era informado que receberia uma visita 60 dias após a alta, para avaliação final dos desfechos, e era orientado a não mencionar para os pesquisadores avaliadores, que haviam recebido a intervenção educativa. Assim, após 60 dias da alta hospitalar, os sujeitos do grupo controle e intervenção receberam uma última VD, realizada pelos dois pesquisadores avaliadores que realizaram a avaliação inicial, para aplicação da CBS, da MIF, e verificação de reinternações do idoso no período do estudo, referidas pelo idoso ou cuidador familiar e confirmada no sumário de alta hospitalar (APÊNDICES E e F).

Figura 2 - Representação gráfica do diagrama da logística do estudo e operacionalização da coleta de dados do Ensaio Clínico Randomizado.



Fonte: Produção do autor do estudo, 2017.

4.7 Randomização

Os participantes incluídos no estudo foram alocados ou no grupo intervenção ou no grupo controle, por meio de randomização (HULLEY et al., 2015). Para a randomização foi utilizada uma lista gerada pela página eletrônica randomization.com, que seguiu uma ordem numérica, na qual cada número já estava designado para um dos grupos aleatoriamente.

Após a primeira visita domiciliar de avaliação inicial dos participantes, com aplicação dos instrumentos para dados basais, referentes à sobrecarga e independência funcional, ocorreu a randomização. Os pesquisadores avaliadores realizavam contato com um profissional do grupo de pesquisa, externo à intervenção, que ficou responsável pela lista gerada, e este realizava a alocação dos pacientes. Após, este informava os enfermeiros intervencionistas os participantes que foram alocados no GI. A randomização ocorria na medida em que os participantes eram incluídos no estudo.

4.8 Cegamento

Os enfermeiros intervencionistas conheciam apenas os participantes alocados no GI, e tinham acesso aos seus dados de avaliação basal. Os pesquisadores avaliadores que realizaram a avaliação inicial e final dos pacientes, assim como o que realizou a captação dos pacientes, eram cegos para o grupo de alocação. Todos os pesquisadores envolvidos foram devidamente treinados para realizarem suas atividades no estudo, buscando manter a homogeneidade da aplicação dos instrumentos de coleta de dados e realização da intervenção proposta.

4.9 Protocolo do estudo

4.9.1 Intervenção

A intervenção consistiu no acompanhamento sistemático de uma dupla de enfermeiros, sendo um deles o pesquisador do estudo e outro um membro do grupo de pesquisa, por meio de três VDs, de aproximadamente 40 minutos cada, no período de um mês, como citado anteriormente. Os intervencionistas foram os mesmos do início ao fim do estudo.

Devido às limitações físicas e cognitivas que caracterizam um idoso com sequelas de AVC, a intervenção foi realizada de acordo com a recomendação da portaria ministerial de 2013, que redefine a atenção domiciliar no SUS, e orienta que as equipes de AD devem realizar, no mínimo, uma VD por semana, sendo a primeira em até sete dias, para pacientes com perfil de cuidados mais complexos (BRASIL, 2013b). A intervenção visou instrumentalizar o cuidador familiar para assistir o idoso nas atividades de vida diária no domicílio e para a utilização dos serviços de saúde.

Esta foi baseada em um protocolo de intervenção educativa para cuidadores familiares de idosos com AVC, desenvolvido anteriormente por um dos membros do grupo de pesquisa (SANTOS, 2017). Este protocolo foi elaborado e validado em consenso de especialistas, sendo estruturado a partir da revisão integrativa da literatura científica atualizada sobre o tema em estudo e tendo como base teórica o Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008), o material educativo desenvolvido por profissionais de saúde do HCPA para cuidadores (HCPA, 2015), a dissertação de um dos membros do grupo de pesquisa que abordou as necessidades de cuidadores familiares de idosos (BIERHALS, 2015) e um estudo português que definiu quais as habilidades necessárias ao cuidador familiar para cuidar de idosos (ARAÚJO et al., 2015).

O protocolo foi organizado nos seguintes domínios: orientações sobre o AVC, suporte emocional, utilização da rede de atenção à saúde, cuidados relacionados às atividades de vida diária como alimentação, higiene pessoal, transferência, posicionamento e uso de medicações (ANEXO A). Os cuidadores foram orientados e ensinados a executar os cuidados necessários dentro de cada domínio, de acordo com a dependência do idoso, verificada previamente pelo escore basal da MIF e necessidades de cuidado identificadas no questionário de coleta de dados.

Os itens avaliados na MIF contemplaram os seguintes domínios do protocolo de intervenção: alimentação, higiene, posicionamento e transferência, vestir/despir e eliminações. Os domínios referentes à utilização da rede de atenção à saúde, suporte emocional, orientações sobre o AVC, prevenção de quedas, medicações e cuidados com a pele foram orientados para todos os idosos e seus cuidadores, independente da dependência do idoso. Os cuidados referentes ao uso de traqueostomia, sondas, ostomias e uso de

anticoagulante e insulina, englobados nos domínios do protocolo, foram orientados somente para pacientes em uso destes.

Além das orientações contidas no protocolo, de acordo com as necessidades de cuidado apresentadas pelo idoso, eram entregues manuais educativos da coleção Educação em Saúde, disponibilizados pelo HCPA (HCPA, 2015). Estes manuais contemplam orientações escritas e ilustrativas dos cuidados pós-alta hospitalar, como mobilidade, transferência, posicionamento no leito, alimentação/nutrição, cuidado com medicações, informações sobre o AVC, entre outras.

Estas orientações foram realizadas de forma verbal, utilizando uma abordagem educativa dialógica/problematizadora (FREIRE, 1996). Nesta abordagem, o educador desenvolve um processo dialógico que estimula a capacidade de pensar dos educandos. Deste modo, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, valorizam os conhecimentos que os cuidadores de idosos trazem consigo, a partir de seu meio sociocultural e de suas experiências, para que isto sirva de base para a o entendimento de novas informações. Para tanto, foi fundamental que as orientações técnicas, baseadas no conhecimento científico dos profissionais de saúde, partissem do conhecimento que os cuidadores já possuem, proporcionando tanto sua reflexão quanto sua atuação no contexto de cuidado ao idoso, percebendo seu papel relevante neste cenário (SANTIAGO; LUZ, 2012). Sempre que necessário, as técnicas de cuidado orientadas eram demonstradas pelos enfermeiros intervencionistas.

4.9.2 Controle

Para este grupo, não foi oferecida a intervenção. O paciente e seu cuidador familiar receberam orientações de cuidado durante sua internação na UCE, da mesma forma que os participantes incluídos no GI e mantiveram o acompanhamento convencional na rede de serviços que os mesmos tinham acesso, sendo pública ou privada. Estes receberam duas visitas, para avaliação dos desfechos estudados, uma no início do estudo e outra 60 dias após a alta, em ambas foi aplicada ao cuidador, pelos pesquisadores avaliadores, a escala de sobrecarga, ao idoso a MIF e foram verificadas as reinternações do idoso. Nestas duas visitas, os participantes não receberam dos pesquisadores avaliadores, orientações de cuidado ou de como utilizar os serviços de saúde.

4.9.3 Análise dos dados

Para análise foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foi utilizada a técnica por intenção de tratar, na qual os desfechos nos grupos de estudos são comparados, e cada participante é analisado de acordo com sua alocação aleatória, independentemente de ter ou não recebido a intervenção que lhe foi designada, este tipo de análise protege contra viés de resultado, e deve constituir a principal estratégia para avaliar a eficácia (HULLEY et al., 2015).

As variáveis contínuas foram descritas na análise como média e desvio padrão, quando com distribuição normal, ou mediana e intervalo interquartil quando com distribuição assimétrica. Para as variáveis categóricas, foi utilizado número absoluto e frequência relativa. Conforme a distribuição dos dados, as características basais dos grupos foram comparadas pelo teste t de Student, Mann-Whitney (contínuas normal e assimétrica, respectivamente) e qui-quadrado ou exato de Fisher (categóricas).

Para análise do efeito da intervenção nos desfechos dos estudos, os escores da CBS e MIF foram descritos como média e desvio padrão, e a diferença dos escores basais e finais foram avaliados pelo teste t-student pareado, com intervalo de confiança de 95%. Os escores basais e finais entre os grupos foram comparados utilizando o teste t independente, e para verificação do efeito de interação foi realizada análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas.

Foi considerado como valor significativo de $p < 0,05$. A variável independente foi a intervenção oferecida aos cuidadores dos idosos com AVC, e as variáveis dependentes foram a sobrecarga, a capacidade funcional do idoso e as reinternações do idoso. Para controle de fatores confundidores, análises multivariadas foram utilizadas. Para os desfechos quantitativos, foi aplicada a análise de covariância (ANCOVA) e para os desfechos qualitativos, a análise de Regressão de Poisson foi utilizada. Das variáveis das características sociodemográficas e clínicas do idoso e do cuidador e das características do papel do cuidador incluídas na análise bivariada, entraram no modelo multivariado aquelas com valor de p inferior a 0,20. Foram elas: Situação conjugal do idoso, escolaridade do idoso, sexo do cuidador, depressão como patologia do cuidador e tempo em que o cuidador reside com o idoso e dias como cuidador do idoso.

4.10 Aspectos éticos

Com relação aos aspectos éticos do estudo, foram observadas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c). Tal resolução rege pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo os princípios bioéticos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, a saber: o da autonomia, o da beneficência, o da não maleficência e o da justiça, com vistas a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Foi utilizado TCLE aos idosos (APÊNDICE F) e aos cuidadores familiares (APÊNDICE G), lido e assinado em duas vias, sendo uma de posse da pesquisadora e outra do respondente. Foi assegurado o caráter voluntário de participação e a liberdade em se retirar do estudo a qualquer momento, bem como o anonimato.

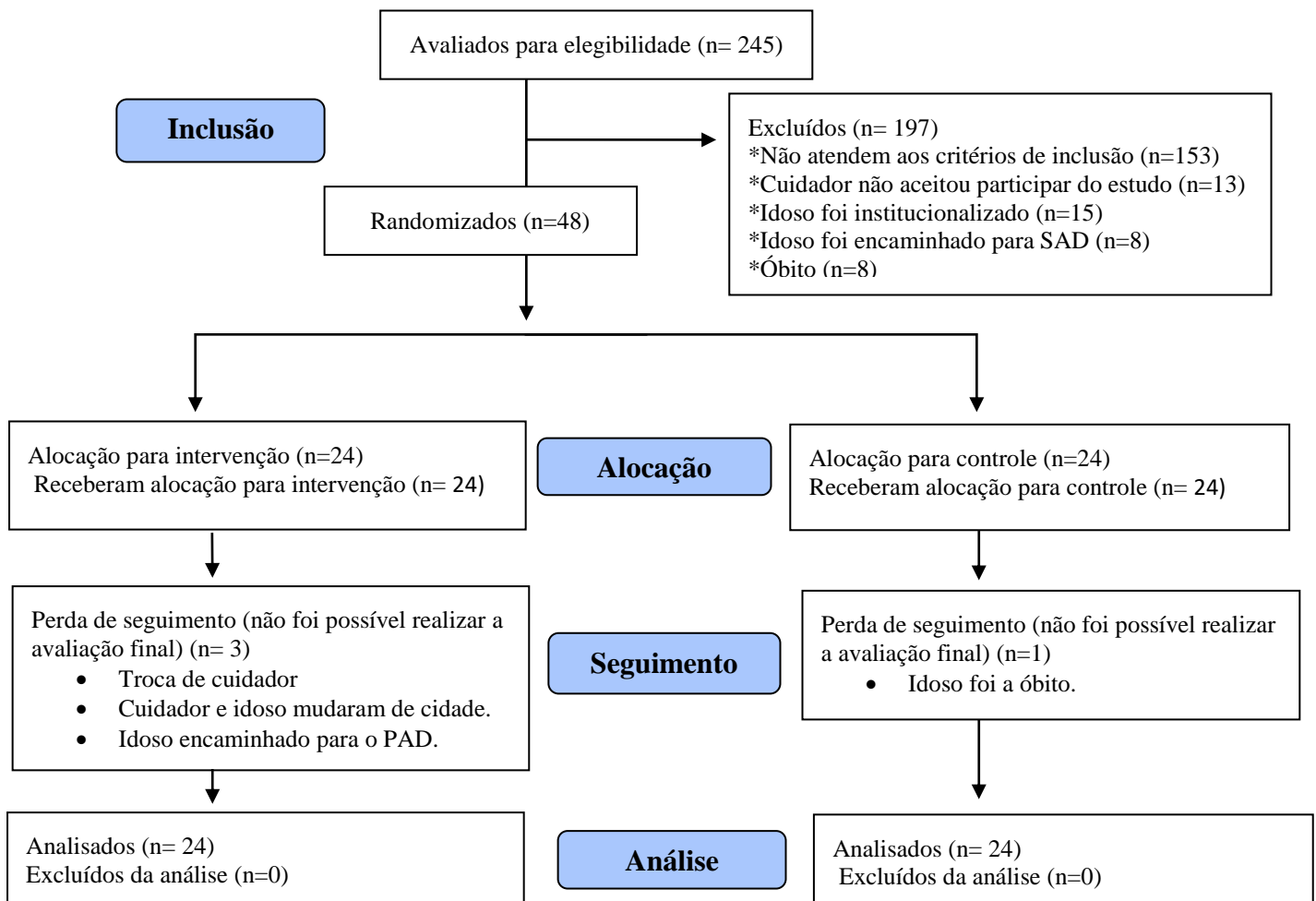
Além disso, foi vetada qualquer forma de pagamento ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude da participação na pesquisa. Os materiais utilizados para a realização do estudo foram arquivados pela pesquisadora, e após cinco anos serão destruídos. Entende-se que o benefício do estudo foi qualificar a assistência aos cuidadores familiares na atenção ao idoso. A participação no estudo pode gerar aos cuidadores e aos idosos riscos mínimos como cansaço e algum desconforto.

A integridade dos cuidadores e dos idosos com relação a danos temporários e permanentes foi resguardada, uma vez que exerceram o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar da pesquisa, e a qualquer momento, podendo retirar-se desta. Esta atitude não ocasionou nenhum prejuízo na internação e no relacionamento com a equipe de saúde do local de estudo. O projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sendo registrado sob o número: 160181.

5. RESULTADOS

Entre maio de 2016 e junho de 2017, 471 pacientes foram admitidos na UCE, destes 245 eram idosos com AVC e possuíam cuidador familiar, sendo avaliados para a elegibilidade no estudo. Atenderam aos critérios de inclusão 92 cuidadores, destes foram excluídos 44 cuidadores por apresentarem pelo menos um critério de exclusão ou por não terem aceitado participar do estudo. Foram randomizados 48 cuidadores, 24 para o GI e 24 para o GC. Após a avaliação inicial e realização da intervenção, não foi possível realizar a avaliação final de quatro participantes, sendo consideradas perdas de seguimento do estudo. Após dois meses de seguimento foram analisados todos os 48 cuidadores (Figura 3).

Figura 3- Diagrama conforme o *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT). Porto Alegre, 2017.



Fonte: Dados de pesquisa.

5.1 Características sociodemográficas e clínicas do idoso com AVC

Foram incluídos 48 pacientes com AVC. A média de idade dos idosos deste estudo foi de 74 anos, predominando o sexo feminino com 26 (54%) pacientes. O AVC isquêmico acometeu 46 (96%) idosos, 20 (42%) tiveram escore quatro na mRankin no momento da alta, que significa incapacidade moderadamente grave, e 12 (25%), já haviam tido um episódio prévio de AVC. Todos os idosos possuíam comorbidades prévias, sendo que a HAS foi a mais freqüente, acometendo 41(87%) idosos. Oito (17%) pacientes apresentavam limitações físicas prévias, como o uso de prótese de quadril e déficit visual, porém nenhuma delas decorrente de um AVC prévio. No momento da alta, eram em parte restritos ao leito 27 (56%), significando que saíam do leito para cadeira com ajuda de seu familiar. Usavam fraldas 25 (52%) deles e 10 (21) usavam algum tipo de sonda para alimentação ou eliminações. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as características basais dos idosos do GI e GC (Tabelas 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas dos idosos incluídos no SHARE. Porto alegre, 2017.

(continua)

Variáveis	Todos (n=48)	GI (n=24)	GC (n=24)	p
Idade (anos)*	74±9	73 ± 10	74± 8	0,659
Sexo (Feminino)†	26 (54)	14 (58)	12 (50)	0,772
Status profissional†				0,199
Ativo	6 (12)	3 (12)	3 (12)	
Desempregado	3 (6)	0 (0)	3 (12)	
Aposentado/benefício	39 (85)	21 (87)	18 (75)	
Situação conjugal†				0,069
Casado/companheiro	23 (48)	7 (29)	16 (67)	
Sozinho	25 (52)	17 (71)	8 (33)	
Escolaridade (anos)‡	4,5(3-7)	4 (2,3-5,0)	5 (3-8)	0,156
Tipo de AVC†				1,000
Isquêmico	46 (96)	23(96)	23(96)	
Hemorrágico	2 (4)	1(4)	1(4)	
Tempo de AVC atual (dias) ‡	16(13-20)	15,5(12-20)	16 (13-22)	0,620
Tempo de internação‡	12(8-18)	10,5(6,5-16)	12(9,3-19)	0,151
AVC prévio (sim) †	12 (25)	6(25)	6(25)	1,000
Hemorrágico	1 (2)	1(17)	0(0)	
Isquêmico	11 (23)	5(21)	6(25)	
Número de AVC prévio‡	1,5 (1-2,8)	2 (1-3)	1,5(1-2)	0,485
Historia familiar de AVC (sim) †	19 (39,5)	8 (33,3)	11(45,8)	0,555
Comorbidades prévias†				
Hipertensão arterial	42 (87)	20 (83)	22(92)	0,666

				(conclusão)
Cardiopatas	22 (46)	11 (46)	11 (46)	1,000
Problemas Vasculares	8 (17)	4 (17)	4 (17)	1,000
Escore da mRankin na alta [†]				0,980
Incapacidade				
Leve	6 (12)	3(12)	3(12)	
Moderada	11 (23)	6(25)	5(21)	
Moderadamente grave	20 (42)	10(42)	10(42)	
Grave	11 (23)	5(21)	6(25)	
Limitação física previa (sim) [†]	8 (17)	5(21)	3(12)	0,701
Uso de fralda (sim) [†]	25 (52)	11(46)	14 (58)	0,563
Restrito ao leito [†]				0,459
Em parte restrito	27 (56)	12(50)	15(62)	
Não restrito	18 (37)	11(45,8)	7(29)	
Totalmente restrito	3 (6)	1(4)	2(8)	
Uso de sonda (sim) [†]	10 (21)	5(21)	5(21)	1,000
SNE/Gastrojejuno	8 (17)	3(12)	5(21)	1,000
SVA/Cistostomia/SVD	4 (8)	2(8)	2(8)	1,000
Uso de traqueostomia (sim) [†]	3 (6)	1(4)	2(8)	1,000

Fonte: Dados de pesquisa.

*Variáveis expressas como média \pm desvio padrão, teste t independente; [†]número absoluto e (%), teste Qui-quadrado e Exato de Fisher; [‡]mediana e percentis 25 e 75, teste Mann-Whitney.

5.2. Características dos cuidadores familiares

Foram incluídos 48 cuidadores, com média de idade de 53 anos, em sua maioria mulheres 42(87%), 19(39%) eram filhos e 19(39%) cônjuges. Residiam com o idoso 42 (87%) deles e em média três pessoas moravam no domicílio. Exerciam atividade remunerada 19 (39%), com renda per capita de 0,83 salários mínimos. Tinham problemas de saúde 36(75%) cuidadores, sendo 20(42%) hipertensos. Os cuidadores incluídos no grupo intervenção e no grupo controle foram semelhantes na avaliação basal quanto suas características sociodemográficas e clínicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores familiares incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	(continua)			
	Todos (n=48)	GI (n=24)	GC (n=24)	p
Idade (anos)*	53 \pm 13	53 \pm 12	53 \pm 14	0,965
Sexo (Feminino) [†]	42 (87)	23 (96)	19 (79)	0,188
Trabalha (Não) [†]	29(60)	13 (54)	16 (67)	0,555
Situação conjugal [†]				0,226

				(conclusão)
Casado/companheiro	36 (75)	16 (67)	20 (83)	
Sozinho	12 (25)	8 (33)	4 (17)	
Escolaridade (anos) [‡]	9(5-11)	10 (5-11)	8 (4-11)	0,249
Renda per capita [§]	0,83(0,47-1,17)	0,74(0,47-0,95)	0,93(0,45-1,36)	0,694
Pessoas no domicílio [‡]	3(2-4)	3(2-4)	3(2-4)	0,381
Problema de saúde (sim) [†]	36 (75)	19(79)	17(71)	0,739
HAS	20 (42)	10 (42)	10 (42)	1,000
DM	8 (17)	3(12)	5(21)	0,701
Osteomusculares	9 (19)	5 (21)	4 (17)	1,000
Cardiopatias	7 (14)	3 (12)	4(17)	1,000
Depressão	6 (12)	5 (21)	1 (4)	0,188
Parentesco [†]				0,127
Filho	20 (42)	14(58)	6 (25)	
Cônjuge	19 (39)	7 (29)	12(54)	
Outro	8 (17)	3 (13)	5 (21)	

Fonte: Dados de pesquisa.

*Variáveis expressa como média \pm desvio padrão, teste t idenpendente; [†]número absoluto e (%), teste Qui-quadrado e Exato de Fisher; [‡]mediana e percentis 25 e 75, teste Mann-Whitney.

[§]Número de salários mínimos: R\$ 937,00. Fonte: Brasil, 2016.

Os sujeitos eram cuidadores de seus familiares em média há 17 dias, exercendo os cuidados em média 136 horas semanais. Recebiam algum apoio para cuidar do idoso 42 (87%) cuidadores, todos por algum familiar e em poucos casos também por amigo ou vizinho. Esta ajuda foi instrumental na maioria das vezes. Já possuíam experiência prévia como cuidador do idoso e/ou de outro familiar 31(64%) deles. Quanto às orientações sobre como realizar o cuidado, 30(62%) receberam informações no hospital durante sua internação na UCE. Os cuidadores incluídos no estudo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, na sua condição basal como cuidador (Tabela 3).

Tabela 3 – Características do papel de cuidar dos cuidadores familiares incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.

Variáveis	(Continua)			
	Todos (n=48)	GI (n=24)	GC (n=24)	p
Reside com Idoso (sim) [*]	42 (87)	20 (83)	22(92)	0,666
Tempo que reside (anos) [†]	9,2(0,10-32,8)	1,72(0,01-34,5)	12,5(3,1-31,5)	0,110
Dias como cuidador do idoso [†]	17,5(10-52,5)	14,5(5-43)	20,5(13 -103)	0,117
Recebeu ajuda (sim) [*]	42 (87)	20(83)	22(92)	0,666
Familiar	42 (87)	20(83)	22(92)	0,666
Amigo	9 (19)	4(17)	5(21)	1,000
Vizinho	5 (10)	4(17)	1(4)	0,348
Tipo de ajuda [*]				
Instrumental (sim)	39 (81)	19 (79)	20 (83)	1,000
Emocional (sim)	33 (69)	15 (62)	18(75)	0,533
Financeira (sim)	20 (42)	10(42)	10(42)	1,000

				(conclusão)
Horas semanais de cuidado*	136±44	140±44	131±44	0,456
Experiência prévia como cuidador (sim)*	31 (64)	14(58)	17(71)	0,546
Meses de experiência como cuidador†	12(4-60)	26(3,3-75)	8(4,5-63)	0,769
Orientação sobre cuidado (sim)*	33 (69)	17(71)	16(67)	1,000
UCE (sim)	30 (62)	15(62)	15(62)	1,000
Famíliares/amigos - com formação na área da saúde	5 (10)	4(17)	1(4)	0,366

Fonte: Dados de pesquisa.

*Variáveis expressar em número absoluto e (%), teste Qui-quadrado e Exato de Fisher; †mediana e percentis 25 e 75, teste Mann-Whitney.

5.3 Sobrecarga do cuidador familiar

O efeito da intervenção SHARE na sobrecarga do cuidador não foi estatisticamente significativo (tabela 4). A sobrecarga aumentou tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, sendo este aumento maior no GC, porém a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa (0,43 GI vs 0,78 GC, $p=0,892$). Este resultado foi igual após a análise multivariada.

Na análise individual dos domínios da CBS, a diferença entre os GI e GC também não foram estatisticamente significativas. No domínio Isolamento, houve redução no GI e aumento no GC, (-0,57 GI vs 0,61 GC, $p=0,071$). Quanto aos domínios tensão geral e decepção, houve aumento em ambos os grupos, sendo que no primeiro foi maior no GI (1,14 GI vs 0,43 GC, $p=0,610$), e no segundo foi maior no GC (0,24 GI vs 0,39 GC, $p=0,869$). Já o domínio envolvimento emocional, no GI aumentou e no GC reduziu (0,33 GI vs -0,17 GC, $p=0,230$). Quanto ao domínio ambiente, houve redução em ambos os grupos, sendo esta maior no GI (-0,71 GI vs -0,48 GI, $p=0,706$).

Na avaliação intergrupos dos escores basais e finais não houve diferença estatisticamente significativa, assim como na avaliação intragrupos. Na análise multivariada, a diferença intragrupos foi estatisticamente significativa, com exceção do domínio ambiente, em que a diferença só foi significativa no GC. A diferença intergrupos seguiu não sendo estatisticamente significativa.

Tabela 4 – Efeito da intervenção SHARE na sobrecarga dos cuidadores familiares. Porto Alegre, 2017.

^a CBS/ ^b Domínios	Item	GI (n=24)	GC (n=24)	* <i>p</i>	† <i>p</i>
CBS total	Basal	42,9±14	37,3±11,2	0,256	
	Final	43,4±14,4	38,0±10,5	0,171	
	Diferença	0,43 (-2,09 a 2,95)	0,78 (-3,82 a 5,39)	‡0,892	0,717
Tensão Geral	Basal	17,4±7,4	14,8±5,3	0,291	
	Final	18,5±7,1	15,2±5,5	0,095	
	Diferença	1,14(-0,49 a 2,78)	0,43(-1,85 a 2,73)	‡0,610	0,490
Isolamento	Basal	6,19±2,42	5,04±2,36	0,208	
	Final	5,62±2,22	5,65±1,96	0,958	
	Diferença	-0,57(-1,33 a 0,18)	0,61 (-0,45 a 1,67)	‡0,071	0,370
Decepção	Basal	10,0±3,5	8,56±2,99	0,265	
	Final	10,3±3,9	8,95±3,26	0,225	
	Diferença	0,24(-0,67 a 1,14)	0,39 (-1,24 a 2,02)	0,869‡	0,573
Envolvimento emocional	Basal	3,29±1,10	3,65±1,37	0,350	
	Final	3,62±1,99	3,48±0,95	0,362	
	Diferença	0,33(-0,13 a 0,79)	-0,17 (-0,88 a 0,54)	‡0,230	0,993
Ambiente	Basal	6,05±2,73	5,22±1,99	0,359	
	Final	5,33±1,80	4,74±1,57	0,249	
	Diferença	-0,71 (-1,64 a 0,22)	-0,48 (-1,37 a 0,41)	‡0,706	0,978

Fonte: Dados da pesquisa.

^aA escala total consiste em 22 itens com um escore de 22 a 88 pontos. Quanto maior a pontuação maior a sobrecarga.

^bO domínio tensão geral é composto por 8 itens (8-32 pontos); domínio isolamento, 3 itens (3-12 pontos); domínio decepção, 5 itens (5-20 pontos); domínio envolvimento emocional, 3 itens (3-12 pontos); e domínio ambiente, 3 itens (3-12 pontos).

*Teste t independente para intergrupos

†*p* ajustado para variáveis com $p < 0,20$: Situação conjugal do idoso; escolaridade do idoso; sexo do cuidador; depressão do cuidador; tempo que cuidador reside com idoso, dias como cuidador do idoso.

‡ Efeito de interação: análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas, IC 95%

5.4. Capacidade funcional do idoso

O escore total da MIF aumentou em ambos os grupos, quando comparados os escores basais e finais, sendo esta diferença intragrupos, estatisticamente significativa. No entanto, a intervenção SHARE não teve efeito significativo na capacidade funcional do idoso (Tabela 5), e a independência funcional foi maior no GC do que no GI, mas este resultado não foi estatisticamente significativo (16 GI vs 18,7 GC, $p=0,620$). Na análise multivariada, estes resultados se mantiveram.

Tabela 5 - Efeito da intervenção SHARE na capacidade funcional dos idosos. Porto Alegre, 2017.

^a MIF/ ^b Domínios	Item	GI (n=24)	GC (n=24)	[†] p	[§] p
MIF Total	Basal	60,6±16,9	60,0±22,2	0,895	
	Final	76,6±22,7	78,7±25,8	0,779	
	Diferença	*16 (7,92-24,1)	*18,7 (10,9 a 26,5)	‡0,620	0,999
Autocuidado	Basal	15±6,97	16,7±9,55	0,534	
	Final	23,6±9,22	23,9±10,6	0,922	
	Diferença	*8,57 (5,08-12,1)	*7,22 (3,85 a 10,6)	‡0,565	0,310
Controle esfíncter	Basal	9,67±4,77	8,0±5,09	0,394	
	Final	11±4,59	9,91±4,04	0,409	
	Diferença	1,33 (-0,67 a 3,33)	*1,91 (0,11-3,72)	0,656 [‡]	0,760
Transferência	Basal	8,52±4,61	8,44±5,88	0,957	
	Final	12,5±5,91	12,6±6,4	0,62	
	Diferença	*3,95(1,81 a 6,09)	*4,13 (1,80 a 6,46)	0,908 [‡]	0,718
Locomoção	Basal	4,52±2,80	3,96±2,69	0,557	
	Final	5,67±13,23	6,69±3,87	0,346	
	Diferença	1,14 (-0,01 a 2,29)	*2,74 (1,49 a 3,98)	‡0,059	0,240
Comunicação	Basal	9,76±2,43	10,0±2,97	0,839	
	Final	10,2±2,19	11,2±2,04	0,132	
	Diferença	0,48 (-0,47 a 1,43)	*1,22 (0,33 a 2,10)	‡0,241	0,440
Cognição	Basal	12,9±2,1	12,9±3,16	0,485	
	Final	13,6±3,05	14,4±3,37	0,432	
	Diferença	0,67 (-0,69 a 2,01)	*1,48 (0,18 a 2,77)	‡0,372	0,413

Fonte: Dados da pesquisa.

^aA MIF é composta por 18 itens e a pontuação varia de 18 à 126 pontos. Quanto maior o escore maior a independência funcional.

^bO domínio autocuidado possui 6 domínios (6-49 pontos); domínio controle de esfíncteres, 2 itens (2-14 pontos); domínio mobilidade, 3 itens (3-21 pontos); domínio locomoção, 2 itens (2-14 pontos); domínio comunicação, 2 itens (2-14 pontos); e domínio cognição, 3 itens (3-21 pontos).

*($p < 0,05$) - Teste t pareado para intragrupos.

[†]Teste t independente para p intergrupos.

[§]p ajustado para variáveis com $p < 0,20$: Situação conjugal do idoso; escolaridade do idoso; sexo do cuidador; depressão do cuidador; tempo que cuidador reside com idoso, dias como cuidador do idoso.

[‡]Efeito de interação: análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas, IC 95%.

Na análise individual dos domínios da MIF, a diferença entre os grupos também não foi estatisticamente significativa e todos os domínios apresentaram aumento dos escores em ambos os grupos: autocuidado (8,57 GI vs 7,22 GC, $p=0,565$); controle dos esfíncteres (1,33 GI vs 1,91 GC, $p=0,656$), motilidade (3,95 GI vs 4,13 GC, $p=0,908$); locomoção (1,14 GI vs 2,74 GC, $p=0,059$); comunicação (0,48 GI vs 1,22 GC, $p=0,241$) e cognição (0,67 GI vs 1,48 GC, $p=0,372$).

Na análise intragrupos, comparando os escores basais com os finais, o aumento encontrado, em ambos os grupos, nos domínios autocuidado e transferência foram

estatisticamente significativos, sendo maior no GI para o autocuidado e maior no GC para a transferência. Quanto aos domínios controle de esfíncteres, locomoção, comunicação e cognição, o aumento de escore encontrado, foi estatisticamente significativo somente no GC, sendo maior que o GI. Estes resultados foram iguais na análise multivariada, porém o aumento dos escores intragrupos nos domínios da MIF foi estatisticamente significativo no GI e GC.

5.5. Reinternações hospitalares do idoso

No total foram seis reinternações (12,5%) (tabela 6), e a diferença entre GI e GC não foi estatisticamente significativa. Quanto à frequência, no GI, dois pacientes reinternaram uma vez, um paciente duas vezes e um paciente três vezes. No GC, um paciente reinternou uma vez e um duas vezes. Quanto aos motivos, dois do GI foram por Infecção do Trato Urinário, um por epilepsia e um por um novo AVC. No GC, ambos reinternaram por ITU, estas diferenças também não foram estatisticamente significativas.

Tabela 6 - Reinternações hospitalares dos idosos incluídos no SHARE. Porto Alegre, 2017.

Variável	Reinternação (sim)
GI (n=24)	4 (17%)
GC (n=24)	2 (8,3%)
[*] <i>p</i>	0,666
[†] <i>p</i>	0,854
RR bruto	2 (0,4 a 9,91)
RR ajustado	1,03 (0,77 a 1,38)

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste exato de Fisher, [†]*p* ajustado para variáveis com $p < 0,20$: Situação conjugal do idoso; escolaridade do idoso; sexo do cuidador; depressão do cuidador; tempo que cuidador reside com idoso, dias como cuidador do idoso.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo é o primeiro desenvolvido na América Latina, divulgado até o momento, que testou uma intervenção educativa de treinamento de habilidades de cuidados, aos cuidadores de idosos com AVC em âmbito domiciliar, para redução da sobrecarga dos cuidadores, melhora da capacidade funcional e redução das reinternações hospitalares dos idosos com AVC. Os participantes incluídos na amostra do estudo foram semelhantes, não apresentando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto suas características basais.

Os resultados indicaram que os idosos incluídos neste estudo, em relação às características demográficas e socioeconômicas, eram em sua maioria do sexo feminino, com baixa escolaridade e aposentados ou pensionistas. Observa-se que a prevalência do sexo feminino está de acordo com os achados de outros estudos nacionais que analisaram o processo de feminização da velhice (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013), atribuída à maior expectativa de vida das mulheres brasileira (IBGE, 2016). Sabe-se ainda que a prevalência de AVC é maior entre aqueles com baixa escolaridade (BENSENOR et al., 2015) e que a aposentadoria ou pensão que o idoso recebe é muitas vezes a principal fonte de renda de suas famílias (SILVA et al, 2016).

Quanto ao tipo de AVC apresentado pelos idosos, o mais prevalente foi o isquêmico, corroborando os achados de outros estudos brasileiros (RAMOS, 2016; SILVA et al., 2014; SALLES et al., 2013). O tempo de internação médio pela doença foi o mesmo encontrado em pesquisa realizada com adultos internados por AVC no hospital universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (ROSA; MORAES; TREVISAN, 2015). Referente a história de AVC, um quarto dos idosos referiu já ter sido acometido por um episódio prévio da doença e menos da metade informaram ter história familiar da doença. A comorbidade mais frequente entre eles foi a HAS e mais da metade fumou alguma vez em sua vida ou ainda fuma. Estas condições encontradas já eram esperadas, considerando que, conforme o Ministério da Saúde, estes são os principais fatores de riscos para a ocorrência de AVC (BRASIL, 2013a).

Em relação à avaliação funcional no momento da alta dos idosos, a maioria apresentou dependência de moderada a grave, o que era esperado neste estudo, considerando que se tratavam de pacientes acometidos por uma doença incapacitante. Quanto às limitações prévias ao AVC, a minoria possuía alguma condição que interferisse em sua capacidade funcional, e estavam relacionadas à presença de prótese de quadril e alguma deficiência visual. Estas são

condições decorrentes do envelhecimento, considerando que com o aumento da idade ocorrem modificações corporais, como a diminuição da acuidade visual, e as quedas são um problema frequente entre os idosos. Após o AVC, pouco mais da metade dos idosos estavam parcialmente restritos ao leito, e a ocorrência de pacientes em uso de traqueostomia ou algum tipo de sonda para alimentação e/ou eliminações foi mínimo. Estas condições podem estar relacionadas à maior prevalência de AVCi, que é um tipo de AVC que causa sequelas menos graves, porém possuem cuidados específicos que exigem maior habilidade e conhecimento dos cuidadores, podendo acarretar em maior tensão e sentimento de despreparo para realizá-los.

Referente aos cuidadores familiares, os resultados demonstraram que eram prevalentemente mulheres, filhos e cônjuges, residindo com o idoso, com idade média na faixa dos 50 anos, com médio nível escolar, desempregados, com baixa renda familiar e que apresentavam problemas de saúde como a HAS, a DM, as doenças circulatórias e as osteomusculares. No âmbito familiar, o papel de cuidar da pessoa idosa dependente é constituído em um contexto sócio-histórico que direciona esta tarefa para o gênero feminino, exigindo que as filhas e as esposas/companheiras assumam o papel de cuidadora (MEIRA et al., 2017), o que as torna mais predispostas ao impacto negativo do cuidado.

Outras condições encontradas também colaboram para o aumento da sobrecarga do cuidador, como residir com o idoso, o que expõem o cuidador aos efeitos de cuidar diariamente de uma pessoa dependente (GRATÃO et al., 2013), a baixa renda, que implica na falta de recursos financeiros, colaborando para o aumento de sentimentos negativos (CRUZ et al., 2017), e os problemas de saúde, que, devido as demandas de cuidado do idoso, não são tratados e acompanhados corretamente, fazendo com o que o cuidador sinta-se prejudicado, uma vez que cuida da saúde de outro em detrimento da sua. Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, este é um fator que influencia na sua capacidade de aprendizado e na qualidade do cuidado oferecido (LOUREIRO; FERNANDES; 2015). No presente estudo, a média de anos de estudo encontrada pode ser considerada suficiente para que os cuidadores assimilem corretamente informações oferecidas e sintam-se mais seguros para o enfrentamento das difíceis situações que envolvem as ações de cuidado.

Sobre o tempo em que o cuidador se responsabiliza pela assistência ao idoso, observa-se que este coincide com o tempo de AVC atual que o mesmo possui. Isto está relacionado ao fato de que, no presente estudo, os idosos foram acometidos por AVC com primeira sequela funcional. Assim, a dependência só ocorreu após este episódio da doença, de forma abrupta, e pode ter imposto ao cuidador a necessidade de reorganizar seu arranjo familiar para cuidar do

idoso e a assumir esta responsabilidade. Quanto a ajuda para cuidar do idoso, a maioria referiu ter recebido apoio, principalmente de familiares, sendo prevalentemente do tipo instrumental e emocional. Chama atenção que despendiam longos períodos de seu tempo para realizar as atividades de cuidado, em média 135 horas semanais. Isto pode evidenciar que a ajuda recebida foi ofertada poucas vezes, e o não compartilhamento do cuidado e das responsabilidades que esta ação implica colabora para que o cuidador sintasse-se sobrecarregado.

Mais da metade dos cuidadores possuía experiência prévia no cuidado de outros idosos e/ou familiares. Estas condições podem ter influenciado na forma que os cuidadores encararam o papel de cuidador, tanto de forma positiva, considerando que já estavam familiarizados com as implicações dessa atividade e já possuíam certo conhecimento e habilidade, quanto de forma negativa, devido aos estressores relacionados aos longos períodos de cuidado, de maneira contínua e em período prolongado. Quanto ao recebimento de informações sobre como realizar o cuidado, mais da metade relatou ter recebido orientações no hospital durante sua internação, o que pode estar relacionado ao fato de terem sido captados para o estudo, em uma unidade de AVC, na qual a equipe multidisciplinar oferecia orientações de cuidado para a alta hospitalar do idoso.

Em relação a sobrecarga do cuidador, a intervenção SHARE não ofereceu melhora neste desfecho, de forma estatisticamente significativa, e no período de dois meses, esta sobrecarga aumentou para todos os cuidadores do estudo, sendo maior naqueles incluídos no GC. Quanto aos domínios avaliados, houve aumento da sobrecarga nos domínios tensão geral e decepção; e redução da sobrecarga no domínio ambiente para ambos os grupos. No domínio isolamento, a sobrecarga reduziu no GI e aumentou no GC. Já no domínio envolvimento emocional, a sobrecarga aumentou no GI e reduziu no GC. Os cuidadores do GI, em relação ao GC, experienciaram maior sobrecarga relacionada a tensão geral e ao envolvimento emocional. Nos outros domínios, o GC experienciou maior sobrecarga. Resultados similares e não significativos foram encontrados em outros ECR (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017; WANG et al., 2015; FOSTER et al., 2013). Já outros dois ECR, nos quais as intervenções foram bastante semelhantes as do SHARE, obtiveram achados diferentes, indicando menor sobrecarga no GI, de forma estatisticamente significativa (ARAÚJO et al., 2016; KALRA et al., 2004).

Estudo de intervenção, desenvolvido em Taiwan, descrito na revisão deste estudo, avaliou a sobrecarga dos cuidadores utilizando a CBS, e evidenciou o aumento da sobrecarga em ambos os grupos estudados, não sendo encontrado um efeito estatisticamente significativo da intervenção na sobrecarga total do cuidador, nem nos domínios individuais da CBS. Os

autores atribuíram este resultado a pequena amostra do estudo e que a intervenção pode ter adicionado sobrecarga ao cuidador, principalmente na fase inicial (WANG et al., 2015).

Na Índia, a intervenção ATTEND, também descrita na revisão deste estudo (ALIM et al., 2016), utilizou a CBS, e não encontrou efeito significativo da intervenção na redução da sobrecarga dos cuidadores, porém esta também não aumentou, se mantendo similar na avaliação basal e final em ambos os grupos. Os pesquisadores acreditam que o programa de intervenção pode não ter sido suficiente em tempo e conteúdo para provocar a mudança esperada nos desfechos avaliados, e ainda evidenciam que este resultado deve ser analisado considerando as influências econômicas e sociais sobre o comportamento dos cuidadores. Além disso, sugerem que pesquisas futuras incorporem teorias de mudança de comportamento no planejamento de intervenções (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017).

A intervenção TRACS, também um ECR e desenvolvido no Reino Unido, apresentada na revisão, não encontrou efeito significativo da intervenção na sobrecarga dos cuidadores, após seis meses de seguimento. A escala utilizada também foi a CBS. Os autores afirmam que estes achados podem ser devido à intervenção ter sido realizada no período imediato após o AVC, quando os cuidadores estão se adaptando com sua nova situação, e assim este período talvez não seja o ideal para o oferecimento do treinamento. Ainda sugerem que uma estratégia mais intensiva para implementar a intervenção pode ser mais bem sucedida (FOSTER et al., 2013).

Estudos de intervenção que encontraram resultados significativos de suas intervenções na redução da sobrecarga do cuidador (ARAÚJO et al., 2016; KALRA et al., 2004) realizaram a avaliação dos desfechos em períodos maiores de seguimento. No estudo português (ARAÚJO et al., 2016), não foi utilizada a CBS, mas sim o Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI), que é uma escala desenvolvida para a população portuguesa. Nesta são incluídos domínios específicos para avaliar o suporte familiar e as dificuldades financeiras, enquanto na CBS estas questões são abordadas dentro de outros domínios com apenas uma pergunta. Talvez, a melhora da sobrecarga evidenciada pela escala portuguesa, deva-se ao fato de que estes domínios tenham sido mais aprofundados na avaliação. Já o estudo inglês (KALRA et al., 2004), utilizou a CBS, mas não descreve os resultados individuais de cada domínio, somente o escore total da escala, que demonstrou uma redução da sobrecarga em ambos os grupos, sendo maior no GI.

No SHARE, ambos os grupos tiveram aumento de sua sobrecarga ao longo do acompanhamento, sendo este aumento maior no GC. Observa-se que neste estudo o tempo de seguimento foi menor, e talvez a avaliação dos desfechos em um período maior poderia

demonstrar redução de sobrecarga, considerando que dois meses é um período curto para o cuidador se adaptar e organizar sua rotina e de sua família para as novas demandas e necessidades do idoso dependente. Deve ser considerado também, o fato de que no Brasil, os familiares são responsabilizados pelo cuidado do idoso no retorno à comunidade, sem adequado suporte dos serviços de saúde, além de enfrentarem dificuldades financeiras, sociais e emocionais. Assim, os determinantes sociais podem ter influenciado para o aumento da sobrecarga dos cuidadores e não somente as demandas e as implicações do cuidado, e a intervenção SHARE não foi sensível suficiente para suprir essas carências. Cabe ressaltar, que os estudos que não encontraram efeito positivo de suas intervenções na sobrecarga foram desenvolvidos também em países que possuem populações mais pobres e que lidam com problemas semelhantes aos brasileiros, como o caso da Índia e de Taiwan. Já os estudos com efeitos positivos de suas intervenções, foram desenvolvidos em Portugal e Inglaterra, países esses que possuem sistemas de saúde melhor estruturados e com condições sociais e econômicas mais favoráveis para a população e com maior suporte da rede formal.

Nos domínios tensão geral e envolvimento emocional, o fato de o GI apresentar maior sobrecarga, pode estar associado à própria intervenção. Os cuidadores podem ter sentido um aumento de responsabilidade com todas as orientações de cuidado que foram oferecidas, podem também ter se sentido mais cansados ou com desgaste mental maior, por ter que aprender e assimilar todas as informações necessárias. Além disso, o fato de os enfermeiros visitarem sua casa e observarem como as atividades estavam sendo realizadas, pode ter deixado o cuidador mais tenso por se sentir avaliado e observado. O que não ocorreu no grupo controle, que executou cuidados sem supervisão ou suposta avaliação de profissionais de saúde. Quanto ao envolvimento emocional, os cuidadores do GI podem ter expressado de forma mais verdadeira a vergonha e raiva que sentiam do comportamento do idoso, considerando que durante as intervenções, esses momentos eram visualizados pelos enfermeiros intervencionistas devido a um dos domínios da intervenção tratar do apoio emocional. Assim o vínculo gerado pode ter deixado os cuidadores mais confortáveis para responder essas questões. Já o GC, pode ter se sentido constrangido de referir, para os avaliadores, que sentia raiva ou vergonha de seus familiares.

Nos domínios isolamento e decepção, a sobrecarga pode ter sido menor no GI, pelo fato de que a intervenção buscou estimular o convívio social dos cuidadores, e reforçou a questão do envolvimento de todos os membros da família no cuidado e de que o cuidador principal precisava de momentos de lazer, enfatizando que ele não deveria se sentir culpado por estar aproveitando de tais momentos. No que tange ao domínio ambiente, a menor

sobrecarga em ambos os grupos pode estar associada ao fato de que estas pessoas já enfrentam problemas relacionados a estruturas inadequadas de moradia, saneamento, transporte, entre outras, além de possuírem uma rede de apoio no qual contam com ajuda de vizinhos e da comunidade. Assim, pelo fato destes problemas já serem enfrentados anteriormente, podem não ter impactado na sobrecarga dos cuidadores.

Quanto a capacidade funcional dos idosos, esta melhorou ao longo de 60 dias após alta, sendo evidenciado pelo aumento dos escores da MIF, tanto no GI quanto no GC. Os idosos do GC apresentaram maior independência funcional total do que os do GI, porém a intervenção SHARE não teve efeito estatisticamente significativo neste desfecho. Outros estudos de intervenção, com amostras superiores à do SHARE, encontraram resultados similares (SANTANA et al., 2017; ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017; FOSTER et al., 2013; KALRA et al., 2004).

ECR, que utilizou a intervenção HOMECARE, já descrito anteriormente, utilizou a MIF para avaliar a capacidade funcional dos idosos com AVC, não encontrando diferença estatisticamente significativa no escore da escala entre os grupos. Os autores justificam tais resultados pela perda de pacientes ao longo do estudo, e da qualidade dos dados coletados ter variado, prejudicando sua utilidade. Sugerem a realização de outros estudos com maior número de participantes (SANTANA et al., 2017).

No estudo TRACS, a capacidade funcional dos pacientes foi avaliada pela *Nottingham Extended Activities of Daily Living* (NEADL), e não demonstrou significância clínica e estatística em melhorar a independência funcional. De acordo com os pesquisadores, faz-se necessário mais do que uma intervenção estruturada durante a internação, mas que esta seja realizada conjuntamente com um programa de treinamento no seguimento após alta, quando este retorna para a comunidade (FOSTER et al., 2013). No estudo ATTEND, a NEADL também foi utilizada, e a intervenção não teve efeito positivo na melhora da capacidade funcional dos pacientes. A justificativa para tal resultado pode estar associada à natureza abrangente da intervenção, que pode ter diluído o efeito dos componentes individuais, como por exemplo, a maior dedicação a provisão de orientações à custa de treinamento de exercícios para mobilidade (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017). Outro ECR que treinou cuidadores familiares de pacientes com AVC, de forma similar ao SHARE, e já descrito na introdução do presente estudo, verificou que a intervenção não influenciou significativamente na capacidade funcional dos pacientes, o que pode estar associado à alta proporção de pacientes que alcançaram independência em um estágio anterior a avaliação final (KALRA et al., 2004).

Estudo de base populacional, desenvolvido no Brasil, acompanhou, durante 3 anos, pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVC, e identificou que a proporção de dependência funcional na admissão hospitalar foi de 65%, e que esta reduziu para 33% nos primeiros 30 dias. Também verificou que a maior proporção de dependência funcional foi nos pacientes que sofreram AVCh. Entre todos os tipos de AVC, a dependência funcional reduziu ao longo do primeiro ano, permanecendo estável depois disso (CAMPOS et al., 2017). Estes achados podem justificar a melhora da capacidade funcional encontrada nos idosos incluídos no SHARE, independente de terem recebido, ou não, a intervenção, considerando que a maioria deles tiveram um AVCi, e que este tende a ter menor dependência ao longo do tempo.

Além disso, após a alta hospitalar todos os pacientes incluídos no estudo receberam encaminhamento para realização de fisioterapia, ou na própria instituição hospitalar ou em outros serviços da rede. No entanto, esta reabilitação física pode ter variado quanto à duração, intensidade e acesso aos participantes, podendo ter havido discrepância entre os grupos, o que pode ter influenciado para o efeito não significativo da intervenção. Ressalta-se que as orientações oferecidas no SHARE podem ter colaborado para a melhora da capacidade funcional do idoso, porém não fez parte do protocolo de intervenção um treinamento focado na reabilitação funcional deste, o que pode também justificar o fato de não ter sido encontrada melhora estatisticamente significativa neste desfecho.

Quanto aos domínios da MIF, os grupos foram semelhantes na avaliação basal e final, não existindo diferença significativa entre eles. No entanto, quando comparada a avaliação basal com a final intragrupos, os idosos do GI apresentaram melhora nos domínios autocuidado e transferência, porém os idosos do GC foram mais independentes que os do GI nos domínios transferência, locomoção, controle de esfíncter, comunicação e cognição. Estes resultados foram estatisticamente significativos, o que surpreende, considerando que se esperava que a melhor capacidade funcional fosse encontrada no GI.

No domínio autocuidado, os idosos do GI foram mais independentes do que os do GC. Observa-se que este domínio avalia as atividades de alimentação, higiene pessoal, banho, vestir e despir, e utilização o vaso sanitário, e que todas foram contempladas no protocolo de intervenção, de forma a orientarem o cuidador a não somente auxiliar o idoso a realizá-las, mas também permitir que ele as executasse sozinho da melhor maneira possível, estimulando assim sua autonomia e independência. Já os outros domínios, avaliaram outras atividades que, mesmo contendo cuidados contemplados no protocolo de intervenção, não dependem somente disto para que o idoso adquira independência funcional.

Referente as reinternações, 12,5% dos idosos incluídos no estudo reinternaram no período de seguimento do estudo, porém a intervenção SHARE não demonstrou associação com estes achados, o que pode estar associado ao fato de que a amostra foi calculada para o desfecho sobrecarga e não para demonstrar efeito nas reinternações, que é um desfecho mais robusto. No entanto, a taxa de reinternação do estudo foi semelhante à taxa de reinternação, após 30 dias da alta, descritas em outras pesquisas internacionais, com grandes amostras (ALLEN et al., 2017; LICHTMAN et al., 2013, LAKSHMINARAYAN et al., 2011). Ao analisar os grupos, observa-se que a taxa de reinternação no GI foi de 17%, enquanto do GC foi de 8,3%. A diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, assim como o encontrado em outros estudos de intervenção (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017; FOSTER et al., 2013). No estudo de intervenção ATTEND, as taxas de reinternação foram semelhantes entre os grupos, sendo maior no GI (14%GI vs 13%GC, $p=0,56$), (ATTEND COLLABORATIVE GROUP, 2017) e no estudo TRACS, as taxas de reinternações hospitalares também não foram diferentes entre os grupos em 6 ou 12 meses de avaliação (FOSTER et al., 2013).

Os motivos das reinternações estão de acordo com o encontrado em outros estudos que verificaram que um novo episódio de AVC e infecções são as principais causas de novas hospitalizações em pacientes com AVC (ROHWEDER et al., 2017; HSIEH et al., 2017). Receber a intervenção SHARE não foi um fator protetor para reinternação, não havendo risco para a ocorrência deste desfecho para os idosos do estudo. Sabe-se que quanto mais grave o AVC, maior sua dependência, e que idosos mais dependentes tem maior risco para readmissão hospitalar, assim, na intervenção SHARE, a maioria dos pacientes foi acometido por AVCi, sendo menos grave. Neste sentido, o tipo de AVC mais prevalente neste estudo pode justificar a ausência de risco para reinternação dos idosos.

Além disso, as reinternações não foram relacionadas aos cuidados orientados na intervenção, provavelmente pela avaliação final do SHARE ter sido realizada 60 dias após a alta, assim, a avaliação deste desfecho em um período maior de seguimento poderia demonstrar algum efeito protetor da intervenção.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações, o estudo apresenta um período de seguimento de dois meses, que pode ter sido pequeno para perceber a modificação na sobrecarga do cuidador, na capacidade funcional e reinternações do idoso. Deve-se considerar que os desfechos avaliados são consequência da intervenção oferecida, e a habilidade dos cuidadores em realizar os cuidados não foi avaliada. Assim, o quanto eles compreenderam das orientações educativas e o quanto eles foram capazes de executar adequadamente os cuidados treinados, pode ter influenciado na sobrecarga do cuidador e capacidade funcional do idoso. Além disso, e talvez outras composições para a intervenção e avaliação de outros desfechos, demonstrassem efeitos significativos da intervenção.

Ressalta-se ainda que, os idosos e os cuidadores incluídos no estudo eram provenientes de uma unidade hospitalar de atendimento a pacientes com AVC, a qual ofertava assistência especializada e já preparava o cuidador para o momento da alta, oferecendo informações por uma equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades de cuidados do idoso. Esse aspecto pode ter influenciado na sobrecarga dos cuidadores, visto que ambos os grupos receberam orientações durante o período em que os idosos estavam hospitalizados.

8 CONCLUSÕES

A intervenção SHARE não apresentou resultados estatisticamente significativos para redução da sobrecarga do cuidador, melhora da capacidade funcional do idoso e redução das internações hospitalares do idoso. No entanto, acredita-se que a intervenção contribuiu na orientação e no preparo do cuidador para a realização do cuidado dos idosos. Além disso, possibilitou adaptar as técnicas de cuidado às condições encontradas no domicílio, estimular o uso dos serviços de saúde e recursos que a comunidade disponibilizava, oferecer suporte emocional e escuta qualificada, buscando conjuntamente encontrar alternativas para os problemas identificados em relação ao cuidar e reforçar que esta tarefa deveria ser compartilhada também com outros familiares.

Esta é uma proposta inovadora e encontra justificativa na alta prevalência de AVC no mundo todo, existindo poucas intervenções propostas no domicílio com esta população específica. Além disso, o SHARE consiste em uma intervenção estruturada, baseada em evidência científica, apoiada em material do Ministério da Saúde e em pesquisas prévias, que envolveram a validação do protocolo de intervenção, em consenso de especialistas da área da atenção domiciliar e do cuidado ao idoso, e a identificação das necessidades dos cuidadores familiares para executar as atividades de cuidado instrumental aos idosos. Além disso, para o desenvolvimento do estudo foi utilizado um método robusto, que oferece alto nível de evidência científica, e instrumentos de avaliação dos desfechos validados para o contexto brasileiro.

Assim, os resultados encontrados oferecem informações para a melhora do cuidado ofertado nas unidades hospitalares de AVC, nos SADs e também na atenção básica, visto que permitem conhecer quem são os idosos sobreviventes ao AVC, com primeira seqüela funcional e seus cuidadores familiares, evidenciando a presença de sobrecarga do cuidador e as condições da capacidade funcional do idoso. Com base nesses dados o planejamento da alta pode ser mais adequado e evidenciam o aprimoramento da transição do cuidado do hospital para casa, implicando em maiores investimentos em equipes de cuidado domiciliar. Contribuem também para atender as demandas educacionais de formar profissionais de saúde qualificados e preparados para atuar no ensino de cuidadores de idosos dependentes no domicílio, com ênfase na promoção da saúde e integração do cuidado entre os diferentes serviços de saúde.

Ainda, frente aos achados, sugerem-se novas pesquisas, com uma intervenção mais

contínua e realizada por uma equipe multidisciplinar, que trabalhe para além do treinamento de habilidades e técnicas de cuidado. Além disso, indica-se a necessidade da construção de um instrumento específico para avaliação da intervenção educativa oferecida que possa demonstrar efeito significativo em outros desfechos como o conhecimento e aprendizado dos cuidadores em relação às atividades de cuidado ensinadas. No momento, a intervenção SHARE está sendo avaliada após um ano da alta hospitalar dos pacientes, para verificar se o maior seguimento possui efeito significativo nos desfechos.

REFERÊNCIAS

- ALIM, M. et al. Family-led rehabilitation after stroke in India: the ATTEND trial, study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. London, v. 17, n. 13, p. 1-8, 2016
- ALLEN, A. et al. Impact of Neurological Follow-Up on Early Hospital Readmission Rates for Acute Ischemic Stroke. **The Neurohospitalist**, Thousand Oaks, v. 7, n. 3, p. 127-131, 2017.
- 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: 12 set. 2015.
- ALVES, L.C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.
- AMERICAN STROKE ASSOSSIATION. **About Stroke: Types of Stroke. 2017**. Disponível em: <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/IschemicClots/Ischemic-Stroke-Clots_UCM_310939_Article.jsp#.WXECzITyvIV>. Acesso em: 20 jul. 2017.
- ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.3543-52, 2013.
- ANJOS, K. F. et al. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 450-61, 2014.
- ANJOS, K. F. et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1321-30, 2015
- ARAÚJO, O. et al. Intervention in informal caregivers Who taken care of older people after stroke (InCARE): study protocol for a randomized trial. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 71, n. 10, p.2435-43, 2015.
- ARAÚJO, O. et al. Eficácia do programa InCare na sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um AVC. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (Ed. Especial)**, Porto, n. 3, p. 9-13, 2016.
- ARAÚJO, T. L.; OLIVEIRA, A.R.S.; COSTA, A.G.S. Cuidados de Enfermagem para o idoso com Acidente Vascular Cerebral. In: MALAGUTTI, W. **Cuidados de Enfermagem em Geriatria**. Rubio, 1 ed. Rio de Janeiro, 2013.
- ATTEND COLLABORATIVE GROUP. Family-led rehabilitation after stroke in India (ATTEND): a randomised controlled trial. **Lancet**, Londres, v. 390, n. 1094, p. 588-99, 2017.

BAKAS, T. et al. Content validity satisfaction with a stroke caregiver intervention program. **Journal of nursing scholarship**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 368-75, 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.147-56, 2012.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-25, 2014.

BENSENOR, I.M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746-50, 2015.

BIERHALS, C. C. B. K. **Necessidades do cuidados familiar na atenção ao idoso**. 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/129560>>. Acesso em 10 fev. 2016.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em Serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 453-61, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Brasília, 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 7 nov. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 7 nov. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria Nº 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília- DF; 2003. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília-DF; 2006b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf >. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 4 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (Programa Melhor em Casa)**. 2012a. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>. Acesso em: 06 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília-DF; 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf >. Acesso em: 6 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. **Trata de pesquisas em seres humanos**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília-DF; 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. 2016. Brasília, DF. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8948.htm>. Acesso em: 10 set. 2017.

BRAVATA, D. M. et al. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke. **Stroke**, Dallas, v.38, p.1899-904, 2007.

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

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**, Princeton, v. 70, n. 3, p. 305–314, mar. 2008.

CAMERON, J. I. et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 807-22, 2016.

CAMPOS, L. M. et al. How Many Patients Become Functionally Dependent after a Stroke? A 3-Year Population- Based Study in Joinville, Brazil. **PLoS One**, São Francisco, v. 12, n. 1, e0170204, 2017.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. 2009. 269f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/12864908/a-disputa-de-planos-de-cuidado-na-atencao-domiciliar-luis-claudio->>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CATANNI, R. B.; GIRANDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004.

CAWTHON, C. et al. Improving Care Transitions: The Patient Perspective. **Journal of Health Communication**, Washington, v. 17, n. 3, p. 312-24, 2012.

CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-12, 2004.

CIB. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 645/12, de 12 de novembro de 2012**. Aprova a habilitação para implantação de Leitos de UCO e AVC em hospitais e municípios. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1353504394_cibr645_12.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2014.

CLARKE, D. J. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and metaethnography. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v 23, n. 9-10, p. 1201-26, 2014.

COPSTEIN, L.; FERNANDES, J.G.; BASTOS, G.A.N. Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. **Arquivo Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 294-300, 2013.

- 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. 245-52, 2015.
- CRUZ, T. H. et al. Dificuldades enfrentadas por cuidadores familiares de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.1-17, 2017.
- DANTAS, R. A. S.; STUCHI, R, A, G.; ROSSI, L. A. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 345-50, 2002.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. Indicadores de Mortalidade. **Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório**. 2011. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def> >. Acesso em: 20 ago. 2017.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.
- DONNELLY, M. et al. Randomized controlled trial of early discharge rehabilitation service: The belfast community stroke trial. **Stroke**, Dallas, v. 35, n. 1, p. 127-133, 2004.
- DUTRA, M. O. M. et al. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.20, n.1, p. 124-35, 2017.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- FALCÃO, D. V. S., BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-86, 2009.
- FEIGIN, V.L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: Findings from the global burden of disease study 2010. **Lancet**, London, v. 383, n. 9913, p. 245–54, 2014.
- FENS, M. et al. A process evaluation of a stroke-specific follow-up care model for stroke patients and caregivers;a longitudinal study. **BMC Nursing**, London, v.14, n. 1, p. 1-10, 2015.
- FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-9, 2009.
- 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. 1494-150, 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. 543-8, 2012.

FOSTER, A. et al. A structured training programme for caregivers of inpatients after stroke (TRACKS): a cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. **Lancet**, Londres, v. 382, n. 9910, p. 2069-76, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 23ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOLDFARB, D.C.; LOPES, R.G.C. Avosidade: a família e as gerações. In: Freitas, E.V.; Py, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ªed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2013.

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.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n 1, p. 137-44, 2013.

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.

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, p. 299–313, 2012.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Institucional/apresentação, 2016**. Disponível em:< <https://www.hcpa.edu.br/institucional-apresentacao-subm>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Educação em Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/3888/1399/>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

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.

HSIEH, C. Y. et al. Stroke severity may predict causes of readmission within one year in patients with first ischemic stroke event. **Journal of the Neurological Sciences**, v.372, p. 21–27, 2017.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando pesquisa clínica**. Ed Artmed. 4ª edição, 2015.

KALRA, L. et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 328, p. 1099, 2004.

KESSLER, C. et al. Transitions of Care for the Geriatric Patient in the Emergency Department. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 29, p. 49-69, 2013.

KILKENNY, M. F. et al. Factors Associated With 28-Day Hospital Readmission After Stroke in Australia. **Stroke**, Dallas, v. 44, n. 8, p. 2260-8, 2013.

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.

KREVERS, B.; ÖBERG, 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. 204-9, 2011.

LAKSMINARAYAN, K. et al. Five-Year Rehospitalization Outcomes in a Cohort of Patients With Acute Ischemic Stroke. **Stroke**, Dallas, v. 42, n. 6, p. 1556-1562, 2011.

LANDRUM, L.; WEINRICH, S. Readmission data for outcomes measurement: identifying and strengthening the empirical base. **Quality management in health care**, Frederick, v. 15, n. 2, p. 83-95, 2006.

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.

LICHTMAN, J.H. et al. Preventable Readmissions Within 30 Days of Ischemic Stroke Among Medicare Beneficiaries. **Stroke**, Dallas, v. 44, n. 12, p. 3429-35, 2013.

LINACRE, J. M. et al. The Structure and Stability Independence Measure of the Functional. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v.75, n. 2, p.127-132, 1994.

LOUREIRO, L. S. N.; FERNANDES, M. G. M. Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. **Journal research fundamental care online**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 145-154, 2015.

LUZARO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 135-45, 2004.

MACHADO, D. O. et al. **Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior**. Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 129p. 2013.

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. 679-89, jul.-set. 2012.

MARIN, C. M. et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. (spec), p. 9 telas, 2013.

MEDEIROS, M. M. C. et al. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver Burden scale". **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 38, n. 4, p. 193-9, jul.-ago. 1998.

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, e20170046, 2017.

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, p.108-20, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MESCHIA, J. F. et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, Dallas, v. 14, n. 45, p. 3754–832, 2014.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting paralell randomised trials. **BMJ**, London, v. 340, c869, 2010.

MORES, G. et al. Pilot evaluation of the family informal caregiver stroke self-management program. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**, Pembroke, v. 35, n. 2, p. 18-26, 2013.

MOZAFFARIAN, D. et al. Heart disease and stroke statistic - 2016 Update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 133, n. 4, p. e-38-360, 2016.

NARDI, E. F.; SAWADA, R. N. O; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, 8p, 2013.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANHA, R. H. L. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012.

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, 2012.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Escalas para avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 839-43, 2012.

OLIVEIRA, A. R. et al. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n. 5, p.1147-53, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais.**

Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2006. Disponível em:

<<http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, World Health Organization; 2016.

Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>. Acesso em: 20 jul. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. World Report on Aging and Health. Geneva, World Health Organization 2015. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p.49.

OTTENBACHER, K. J. et al. Hospital readmission inperson with stroke following postacute inpatient rehabilitation. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, Washington, v.67, n.8, p.875-81, 2012.

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. 185-92, 2013.

PONOMAREV, D. et al. Complications following incident stroke resulting in readmissions: na analysis of data from three Scottish health surveys. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 10, n. 6, p. 911-7, 2015.

PRVU B. J. et al. Contemporary trends and predictors of postacute service use and routine discharge home after stroke. **Journal of the American Heart Association**, Oxford, v. 4, n. 2, e001038 , 2015.

RAMOS, S. M. F. **Análise funcional e cognitiva em pacientes com Acidente Vascular Cerebral.** 2016. 35p. Monografia (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em:

<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11041>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

RANKIN, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60: II. Prognosis. **Scottish Medical Journal**, Edinburgh, v. 2, n. 5, p. 200–15, 1957.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-6, 2004.

RIBERTO, M. **Orientação funcional para a utilização da MIF**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas; 2005.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-8, 2008.

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.(Spec), p. 09 telas, 2013.

ROHWEDER, G. et al. Hospital readmission within 10 years post stroke: frequency, type and timing. **BMC Neurology**, London, v. 17, n. 1, p. 116 (6p), 2017.

ROHWEDER, G. et al. Functional Outcome After Common Poststroke Complications Occurring in the First 90 Days. **Stroke**, Dallas, v. 46, n. 1, p. 65-70, 2015.

ROSA, T. S. M.; MORAES, A. B.; TREVISAN, M. E. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados por acidente vascular cerebral. **Rev Neurociência**, v. 23, n. 3, p.405-412, 2015.

SÁ, B. P.; GRAVE, M. T. Q.; PÉRICO, E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 381-87, 2014.

SALLES, J. F. et al. Características de pacientes do ambulatório de doenças cerebrovasculares de hospital público universitário do Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 127-32, 2013.

SANTANA, S. et al. Early home-supported discharge for patients with stroke in Portugal: a randomised controlled trial. **Clinical rehabilitation**, Londres, v. 31, n. 2, p. 197-206, 2017.

SANTIAGO, R. F.; LUZ, M. H. B. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p.136-42, 2012.

SANTOS, W. J.; ALBUQUERQUE, P. C.; FITTIPALDI, E. O. S. Análise do perfil e sobrecarga de cuidadores de três Unidades de Saúde da Família do Recife/PE. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 464-71, 2016.

SANTOS, N. O. **Construção e validação de protocolo de intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral**. (246f.) [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

- SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 233-40, 2014.
- SILVA, J. K. et al. Perfil de Cuidadores Familiares de Idosos Após o Acidente Vascular Cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE (Online)**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3727- 33, 2016.
- SILVA, M. C. L. et al. Caracterização clínica e motora-funcional de idosos hospitalizados pós-Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.14, n. 3, p. 337-43, 2014.
- SILVA, L. C. P. Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa no Domicílio. In: MENEZES, M. R. et al. *Enfermagem Gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural*. São Paulo: Martinari, 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*, v. 13, n. 45, p. 114-20, 2015.
- SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 614-9, 2006.
- VAN SWIETEN, J. C. et al. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. **Stroke**, Dallas, v.19, n. 5, p. 604–07, 1988.
- YAN, L. L. et al. A randomized controlled trial on rehabilitation through caregiver-delivered nurse organized service programs for disabled stroke patients in rural china (the RECOVER trial): desing and rationale. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 11, n. 7, p. 823-30, 2016.
- WANG, T. C. et al. Caregiver-mediated intervention can improve physical functional recovery of patients with chronic stroke: a randomized controlled Trial. **Neurorehabilitation and neural repair**, New York, v. 29, n. 1, p. 3-12, 2015.
- WILSON, J. T. L. et al. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use off a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. **Stroke**, Dallas, v. 33, n. 9, p. 2243-6, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde do idoso verificados no momento da alta hospitalar.

IDOSO	
1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Sujeito número: _____
Endereço: _____	
N.º Telefone Residencial: _____	N.º Telefone Celular: _____
Data de inclusão no estudo: ___/___/___	Data da Internação: ___/___/___
Data da Alta: ___/___/___	
2.DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	
Data de nascimento: ___/___/___	Idade (anos): _____
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
Status Profissional: (1) ativo (2) desempregado (3) aposentado/em benefício	
Estado conjugal: (1) casado/companheiro (2) solteiro (3) separado/divorciado (4) viúvo	
Anos completos de estudo: _____ anos _____ meses	
Renda Familiar (1 Salário mínimo:_____): R\$: _____	
Número de pessoas na família: _____	
3. CONDIÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA	
Escore de mRankin na alta: _____	
Diagnóstico de AVC: (1) Hemorrágico (2) Isquêmico	
Tempo do diagnóstico do AVC atual (meses): _____	
Teve AVC prévio: (1) Sim (0) Não	
Se sim, qual? (1) Hemorrágico (2) Isquêmico	
Número de AVC prévio: (1)1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais	
História familiar de AVC: (0) Não (1) Sim	
Comorbidade(s): (0) Não (1) Sim	
Qual (ais) comorbidade (s)? (1)Parkinson (2)Demência (3)HAS (4)DM (5)CA: _____ (6) Artrose (7) ICC (8)Outra: _____ (Pode ser marcado mais que uma alternativa. No caso de outras, listar TODAS).	
Limitação física prévia? (0)Não (1)Sim	
Se sim, qual? (1)Amputação (2) Hemiparesia (3) Paralisia (4) Outra: _____	

APÊNDICE B - Dados de identificação, sócio-demográficos e condições de saúde do cuidador no momento da alta hospitalar.

CUIDADOR FAMILIAR	
1.DASOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Sujeito número: _____
Endereço: _____	
N.º Telefone Residencial: _____	N.º Telefone Celular: _____
2.DASOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	
Data de nascimento: ____/____/____ Idade (anos): ____	
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
Estado conjugal: (1)casado/companheiro (2)solteiro (3)separado/divorciado (4)viúvo	
Anos completos de estudo: ____ anos ____ meses	
Escolaridade: (1) 1º incompleto (2) 1º completo (3) 2º incompleto (4) 2º completo (5) Nível superior incompleto (6) Nível superior completo	
Status Profissional: (1)ativo (2)desempregado (3)aposentado/em benefício	
Qual a profissão que exerce ou exerceu: _____	
Renda Familiar (1 Salário mínimo:____): R\$: _____	
Número de pessoas na família: _____	
3.CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Tem problemas de saúde? (1) Não (2) Sim	
Se sim, qual/ais? (1)HAS (2)DM (3)CA _____ (4)Artrite/Artrose (5)ICC (6)Outro:_____	

APÊNDICE C – Coleta de dados basais do idoso na primeira visita domiciliar após a alta hospitalar.

IDOSO
1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____ Sujeito número: _____
2.MIF – Pontuação
Autocuidado: _____ Controle esfíncteres: _____ Transferência: _____ Locomoção: _____ Comunicação: _____ Cognição social: _____ Escore total: _____
3.CUIDADOS ESPECIAIS
Idoso faz uso de fralda? (0) Não (1) Sim Idoso é restrito ao leito? (0) Não (1) Em parte (2) Totalmente Idoso tem traqueostomia? (0) Não (1) Sim Faz uso de sonda? (0) Não (1) Sim Se sim, qual sonda? (1)SNE (2)Gastrostomia/Jejunostomia (3)Sonda Vesical de Alívio (4)Sonda Vesical de Demora (Pode ser marcado mais que uma alternativa)

APÊNDICE D – Coleta de dados basais do cuidador na primeira visita domiciliar após a alta hospitalar.

CUIDADOR FAMILIAR
1.DASOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____ Sujeito número: _____
2.PERFIL COMO CUIDADOR
Qual a relação de parentesco com o idoso a quem presta cuidados? (1)Filho(a) (2)Cônjuge (3)Irmão (4)Sobrinho(a) (5)Neto (a) (6)Outro: _____
Há quanto tempo cuida do seu familiar? ____anos ____ meses ____ dias
É a única pessoa da família a cuidar do idoso? (1) Sim (2) Não
Se não, quem o ajuda com os cuidados? (1)Familiar (2)Amigo (3)Vizinho (4)Outro: _____
Que tipo de ajuda recebe? (1)Instrumental (2)Emocional (3)Financeiro
Em média, quantas horas despende por dia para cuidar do seu familiar? _____
Em média, quantos dias na semana cuida do seu familiar? _____
Reside com o idoso: (1) Sim (2) Não (3) Esporadicamente
Se reside, há quanto tempo? ____anos ____ meses ____ dias
Já cuidou de alguém (familiar, amigo, vizinho) antes? (1)Não (2) Sim
Se sim, por quanto tempo? _____ (meses).
Você já recebeu algum tipo de treinamento, orientação ou curso para cuidar de alguém dependente? (1) Sim (2) Não
Se sim, onde? (1) UCE (2) Posto de saúde (3) Familiar/amigo com formação na área da saúde (4) Outro: _____
Possui alguma formação na área da saúde? (1) Não (2) Sim
Qual? (1)Nível superior (2)Técnico/auxiliar de enfermagem
3. ESCALA DE SOBRECARGA:
Tensão geral: _____
Isolamento: _____
Depressão: _____
Envolvimento emocional: _____
Ambiente: _____
Escore total: _____

APÊNDICE E – Avaliação do idoso e do cuidador na visita domiciliar 60 dias após a alta hospitalar.

IDOSO	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Sujeito número: _____
MIF	
Autocuidado: _____	
Controle esfíncteres: _____	
Transferência: _____	
Locomoção: _____	
Comunicação: _____	
Cognição social: _____	
Escore total: _____	
REINTERNAÇÃO	
Reinternação hospitalar durante após o retorno ao domicílio? (1)Sim (2)Não	
Se sim, qual foi o motivo? (1)Infecção do trato urinário (2)Complicações respiratórias (3) Novo AVC (4) Outro: _____	
CUIDADOR FAMILIAR	
1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Sujeito número: _____
2.ESCALA DE SOBRECARGA	
Tensão geral: _____	
Isolamento: _____	
Depressão: _____	
Envolvimento emocional: _____	
Ambiente: _____	
Escore total: _____	

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Intervenção educativa para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral: Ensaio Clínico Randomizado**”. O objetivo deste estudo é avaliar se o fornecimento de orientações realizadas por enfermeiras sobre os seus cuidados após o AVC reduz a sobrecarga do seu cuidador familiar, melhora sua capacidade funcional e reduz suas reinternações hospitalares.

Após o retorno do hospital, para sua casa, você receberá uma visita para responder um questionário sobre seus dados de identificação, idade, escolaridade, entre outras perguntas. Após esta visita, será realizado um sorteio que definirá se você e seu cuidador familiar farão parte do grupo que receberá uma visita das enfermeiras que irão orientar seu cuidador a cuidar de você no dia a dia, ou se vocês farão parte do grupo que não receberá estas orientações das enfermeiras. Se você fizer parte do grupo que receberá as orientações, as enfermeiras irão à sua casa uma vez por semana, durante quatro semanas. Depois disto, outra pessoa do grupo de pesquisa fará uma nova visita um mês após a última visita das enfermeiras para avaliar se a sobrecarga do seu cuidador e sua capacidade funcional alterou durante este período, e se você teve alguma reinternação. Caso você faça parte do grupo que não receberá as orientações das enfermeiras, você apenas receberá a visita de um membro do grupo de pesquisa 60 dias após o seu retorno do hospital para casa, que irá avaliar a sobrecarga do seu cuidador, sua capacidade funcional e se você teve alguma reinternação. Todas as visitas serão previamente agendadas por telefone, sendo marcadas de acordo com a sua disponibilidade de horário e de seu cuidador familiar.

Nós entendemos que o benefício de participar deste estudo é melhorar a assistência aos familiares que cuidam de pessoas idosas que tiveram um AVC quando retornaram para suas casas. Poderá haver algum desconforto em função do tempo aproximado de 1 hora e meia dedicada à visita a sua casa. Sua participação neste projeto é voluntária, não havendo qualquer tipo de remuneração. Há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que haja prejuízo no seu atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Sua identidade será preservada por meio do anonimato e as informações utilizadas serão apenas para fins acadêmicos.

Em caso de dúvidas, você poderá solicitar esclarecimentos, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável Lisiane Paskulin pelo telefone: 3259-7926 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs, ou no segundo andar da UBS Santa Cecília do HCPA, sala 27b - Serviço de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde. Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone: (51) 3359-7640 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs, ou no segundo andar do HCPA, sala 2227.

Esse documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue a você e a outra aos cuidados da pesquisadora responsável.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de maneira clara e detalhada, dos objetivos, procedimentos e benefícios deste estudo.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da

pesquisadora: _____ Assinatura _____

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores familiares.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Intervenção educativa para cuidadores familiares de idosos após acidente vascular cerebral: Ensaio Clínico Randomizado**”. O objetivo deste estudo é avaliar se o fornecimento de orientações realizadas por enfermeiras sobre os seus cuidados após o AVC reduz a sua sobrecarga, melhora sua capacidade funcional e reduz as reinternações hospitalares de seu familiar.

Após o retorno do hospital, para sua casa, você receberá uma visita para responder um questionário sobre seus dados de identificação, idade, escolaridade, entre outras perguntas. Após esta visita, será realizado um sorteio que definirá se você e seu familiar idoso farão parte do grupo que receberá uma visita por enfermeiras para orientar você sobre como cuidar do idoso no dia a dia, ou se vocês farão parte do grupo que não receberá estas orientações das enfermeiras. Se você fizer parte do grupo que receberá as orientações, as enfermeiras irão à sua casa uma vez por semana, durante quatro semanas. Depois disso, outra pessoa do grupo de pesquisa fará uma nova visita, um mês após a última visita das enfermeiras, para avaliar se a sua sobrecarga, capacidade funcional e reinternações de seu familiar alteraram durante este período. Caso você faça parte do grupo que não receberá as orientações das enfermeiras, você apenas receberá a visita de um membro do grupo de pesquisa 60 dias após o retorno do seu familiar idoso do hospital, para casa, que irá avaliar a sua sobrecarga do cuidado, sua qualidade de vida e sua utilização dos serviços de saúde. Todas as visitas serão previamente agendadas por telefone, sendo marcadas de acordo com a sua disponibilidade de horário.

Nós entendemos que o benefício de participar deste estudo é melhorar a assistência aos familiares que cuidam de pessoas idosas que tiveram um AVC quando retornaram para suas casas. Poderá haver algum desconforto em função do tempo aproximado de 1 hora e meia dedicada à visita a sua casa. Sua participação neste projeto é voluntária, não havendo qualquer tipo de remuneração. Há possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que haja prejuízo no seu atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Sua identidade será preservada por meio do anonimato e as informações utilizadas serão apenas para fins acadêmicos.

Em caso de dúvidas, você poderá solicitar esclarecimentos, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora responsável Lisiane Paskulin pelo telefone: 3259-7926 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs, ou no segundo andar da UBS Santa Cecília do HCPA, sala 27b - Serviço de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde. Você também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone: (51) 3359-7640 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs, ou no segundo andar do HCPA, sala 2227.

Esse documento é elaborado em duas vias, sendo uma entregue a você e a outra aos cuidados da pesquisadora responsável.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado de maneira clara e detalhada, dos objetivos, procedimentos e benefícios deste estudo.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da

pesquisadora: _____ Assinatura _____

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

ANEXOS

ANEXO A – Protocolo de intervenções com orientações sobre cuidados domiciliares a cuidadores familiares de idosos com AVC.

DOMINIO SUPORTE EMOCIONAL

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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. 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 os limites do cuidador com o paciente.
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/encorajar 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 paciente.
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. Oferecer informações de diagnóstico, tratamento e prognóstico.
3. Escutar o idoso e o cuidador com atenção.
4. Ter uma comunicação assertiva com o cuidador e paciente, expressando-se de forma clara e objetiva.

DOMÍNIO UTILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
ACESSO A REDE DE SAÚDE
1. Orientar como fazer o Cartão SUS: <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 e número de PIS/PASEP (se tiver).
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:

<ul style="list-style-type: none"> ● Cartão SUS; ● Comprovante de residência; ● Identidade e CPF.
MEDICAMENTOS ESPECIAIS/REDE DE APOIO 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 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. Informação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (pode constar na receita ou laudo médico).
6. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de medicamentos especiais.
DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS/REDE DE APOIO 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 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. http://www.saude.rs.gov.br/upload/1386161021_Cadastro de Usuários 04-11-2011.pdf
4. Formulário Laudo para Solicitação de Fórmulas Nutricionais – LFN. http://www.saude.rs.gov.br/upload/20140321104940laudo_fn_atualizado_marc o_2014.pdf
5. Informação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (pode constar na receita ou laudo médico).
6. Fornecer endereço para abrir o processo de solicitação de fórmulas nutricionais especiais.
FRALDA/REDE DE APOIO
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: <ol style="list-style-type: none"> 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;

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\ REDE DE APOIO

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 ORIENTAÇÕES SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO

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:

- **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 extravazamento de sangue para o interior do cérebro.

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.

4. Conhecer fatores de risco do AVC:

- Hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto, fumo e sedentarismo.

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.

DOMÍNIO ALIMENTAÇÃO

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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 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 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 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.
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.
3. Observe as condições da pele ao redor do estoma, se estiver com qualquer alteração procure orientação do serviço 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 se liga 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 350ml, várias vezes ao dia.
6. Ao terminar a dieta, injetar na sonda 20ml 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 = 1gota por segundo. Pode levar de 1 hora a 1 hora e meia.
8. Sempre observar o paciente 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 20ml 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 paciente e reinicie a dieta com gotejo adequado no próximo horário. Se na próxima administração este sintoma permanecer, leve o idoso ao serviço de saúde.
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 20ml, 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 VIAS AÉREAS

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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 este fim. Caso optar pelo uso da haste flexível, descartá-lo 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.
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.
COMO REALIZAR A ASPIRAÇÃO
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. 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 do 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. Desligar o aparelho.
12. Retirar as luvas usadas e desprezar.
13. Lavar novamente as mãos.

DOMÍNIO HIGIENE

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
CUIDADOS COM O BANHO: 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 encosto lateral e posterior.
4. Preferencialmente utilizar tapete antiderrapante e barras de apoio para prevenir 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. Após, apoiar o braço comprometido sobre a perna do idoso.
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. 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. Utilize luvas descartáveis ou de borracha.
4. Cubra o colchão com um saco plástico, antes de iniciar o banho.
5. Inicie a higiene pela cabeça.
6. Lave o rosto com pano molhado e pouco sabonete, após enxague o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.
7. Lave os olhos do canto interno para o externo trocando o lado do pano.
8. Para lavagem dos cabelos, cubra um travesseiro com plástico e coloque embaixo da cabeça da pessoa uma bacia.
9. Molhe a cabeça e passe um pouco de xampu.
10. Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até retirar toda a espuma.
11. Seque os cabelos, com toalha ou secador.
12. Lave o pescoço, os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, nesta ordem, com um pano molhado com sabonete. Enxague o pano em água limpa e passe na pele para retirar o sabonete.
13. Seque bem os braços, axilas, mãos, tórax e barriga, passando desodorante e hidratante.
14. Cubra as partes superiores do corpo com uma toalha seca. Faça da mesma forma com

as pernas.
15. Lave os pés e seque-os, principalmente entre os dedos. Passe creme hidratante.
16. Posicione 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, evitando que a água esorra do ânus para a vulva.
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.
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. 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 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.
7. Limpar a língua da mesma forma, mas realizando movimentos de dentro para fora, sem tocar a parte de traz 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 POSICIONAMENTO E TRANSFERÊNCIA

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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 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 o puxe 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 Cuidar para não deixar o idoso deitado por cima do ombro.
4.3 Posicione as pernas da mesma forma que se faz para o lado bom.
4.4 Utilize um lençol móvel que facilita bastante a movimentação.
4.5 Dobre as pernas, e gire o corpo do idoso para o lado que quiser virar.
4.6 Nunca puxe o idoso pelo braço afetado, utilize sempre lençóis (móveis) para movê-lo na cama.
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 paciente.
11. Caso o idoso penda para algum dos lados enquanto estiver sentado, utilize travesseiros nas laterais da poltrona.

DOMÍNIO PREVENÇÃO DE QUEDAS

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
PREVENÇÃO DE QUEDAS
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 se levante do leito sozinho.
10. Coloque as roupas/ objetos de uso pessoal em locais de fácil acesso.

DOMÍNIO VESTIR/DESPER

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
VESTIR/DESPER O IDOSO
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 o 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.

DOMÍNIO MEDICAÇÕES

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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 necessitarem 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: <i>Ginseng</i> , <i>Ginkgo Biloba</i> ...)
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.
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.
CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
VIA SONDA
1. Antes e após administração dos medicamentos a sonda de alimentação deve ser lavada com 20ml 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 20ml 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 e 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.
ORAL
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
1. Caso esqueça 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 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. Estes alimentos podem ser consumidos pelo paciente, mas em pequenas porções.
6. Fazer o exame de tempo de protrombina 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. 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 regidos 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.

DOMÍNIO ELIMINAÇÕES

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO
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 glândula, 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 SANITÁRIO
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 levantar.
5. Não deixar o idoso sozinho.
6. Lavar as mãos após a higiene.
SONDA VESICAL DE ALÍVIO
<p>1. Como realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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>2. Dicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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:	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.
BOLSA DE COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA	
1. Troca da bolsa:	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 pode ressecar a pele; ● Lave a ostomia 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.
2. Esvaziamento da bolsa:	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ostoma 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 mau cheiro; ● Dobre o orifício da bolsa e feche-a com clampe/grampo.

DOMÍNIO CUIDADOS COM A PELE

ORIENTAÇÃO/INTERVENÇÃO	
EVITANDO ÚLCERAS POR PRESSÃO	
1.	Se possível, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas. À noite, pode 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 dobrado ao meio. 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 alimentá-lo 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 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 períneo, procurar serviço de referência.

ANEXO B - Medida de Independência Funcional

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	Ajuda
	Dependência modificada	Ajuda
	5 Supervisão	
	4 Ajuda Mínima (indivíduo \geq 75%)	
	3 Ajuda Moderada (indivíduo \geq 50%)	
	2 Ajuda Máxima (indivíduo \geq 25%)	
1 Ajuda Total (indivíduo \geq 0%)		
Acompanhamento		
		Avaliação
Data	/ /	
Autocuidados		
A. Alimentação		
B. Higiene pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir metade superior		
E. Vestir metade inferior		
F. Utilização do vaso sanitário		
Controle de Esfíncteres		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
Transferências		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso sanitário		
K. Banheira, chuveiro		
Locomoção		
L. Marcha / cadeira de rodas		
M. Escadas		
Comunicação		

N. Compreensão	
O. Expressão	
Cognição Social	
P. Interação Social	
Q. Resolução de problemas	
R. Memória	
Total	
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1	

Referência: RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, p. 45-52, 2001.

ANEXO C - *Caregiver Burden Scale*

I. Tensão geral:

1. Você acha que está enfrentando problemas difíceis de resolver ao cuidar de seu parente?
2. Você acha que está assumindo responsabilidades demais para o bem estar do seu parente?
3. Você, às vezes, se sente com vontade de fugir de toda esta situação em que se encontra?
4. De um modo geral, você se sente cansado e esgotado fisicamente?
5. Você se sente preso pelo problema do seu parente?
6. Você acha que é muito desgastante mentalmente cuidar de seu parente?
7. Você acha que, a sua própria saúde, tem sido prejudicada pelo fato de estar cuidando de seu parente?
8. Você acha que, passa tanto tempo cuidando do seu parente, que não sobra tempo para você?

II. Isolamento:

9. Você evita convidar amigos e conhecidos a sua casa, por causa do problema do seu parente?
10. O tempo para sua vida social, por exemplo, com a família e os amigos diminuiu?
11. O problema do seu parente impediu você de fazer o que havia planejado nesta fase da sua vida?

III. Decepção:

12. Você acha que a vida tem sido injusta com você?
13. Você esperava que a vida, na sua idade, fosse diferente do que é?
14. Você se sente sozinho e isolado por causa do problema do seu parente?
15. Você acha que é cansativo cuidar de seu parente?
16. Você tem tido dificuldades financeiras por estar cuidando do seu parente?

IV. Envolvimento emocional:

17. Você sente, às vezes, vergonha do comportamento do seu parente?
18. Você, alguma vez, já se sentiu ofendido e com raiva do seu parente?
19. O comportamento do seu parente deixa você em situação embaraçosa, difícil, perante outras pessoas?

V. Ambiente:

20. O ambiente de sua casa é difícil para você cuidar do seu parente?
21. Você se preocupa em não estar cuidando do seu parente?
22. Existe algo no bairro onde mora seu parente que dificulta você cuidar dele (por ex.: dificuldades em pegar transportes, difícil acesso a farmácias e/ou serviços médicos, problemas com vizinhança)?

RESPOSTAS: 1= De modo algum; 2= Raramente; 3= Algumas vezes; 4= Frequentemente.

SCORE TOTAL: Média aritmética dos valores equivalentes às respostas das 22 questões.

Referência: MEDEIROS, M. M. C. et al. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do "Caregiver Burden Scale". **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 38, n. 4, p. 193-199, jul.-ago, 1998.