



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



GISELE DOS SANTOS ROCHA

**CUIDADOS DOMICILIARES PÓS NEUROCIRURGIA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS E
FAMILIARES**

**Manaus
2016**

GISELE DOS SANTOS ROCHA

**CUIDADOS DOMICILIARES PÓS NEUROCIRURGIA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS E
FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Educação e Tecnologia de enfermagem para o cuidado em saúde de indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira.

**Manaus
2016**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R672c Rocha, Gisele dos Santos
Cuidados domiciliares pós neurocirurgia: Construção e validação de manual para idosos e familiares. / Gisele dos Santos Rocha.
2016
161f : Il. color; 31 cm.

Orientadora: Ana Paula Pessoa de Oliveira
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas.

1. Saúde do idoso. 2. Cuidados domiciliares. 3. Neurocirurgia. 4. Tecnologia educacional. I. Oliveira, Ana Paula Pessoa de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

GISELE DOS SANTOS ROCHA

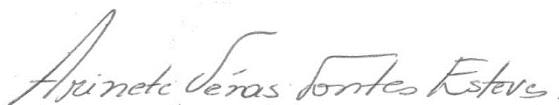
**CUIDADOS DOMICILIARES PÓS NEUROCIRURGIA: CONSTRUÇÃO
E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS E FAMILIARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará - UEPA, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Enfermagem área de concentração Educação e tecnologias de enfermagem para o cuidado e em saúde a indivíduos e grupos sociais.

Banca Examinadora:



Profª Drª Ana Paula Pessoa de Oliveira – Presidente
Universidade Federal do Amazonas – UFAM



Profª Drª Arinete Veras Fontes Esteves – Membro interno
Universidade Federal do Amazonas – UFAM



Profª Drª Elizabeth Teixeira – Membro externo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Manaus, 13 de Outubro de 2016.

*Dedico essa dissertação a **Deus** por conceder o direito à vida.*

A minha mãe

Por sempre me incentivar a estudar, mesmo nos momentos mais difíceis com o alcoolismo do meu Pai, in memoriam, que Deus o tenha...

Aos meus Filhos

Minha linda Mariana e meu lindo Gabriel, ar que eu respiro, pela paciência, amor, carinho e tolerância...

Ao meu marido

pelo companheirismo, paciência por tolerar os meus momentos de stress, quando pensei em desistir...

A minha irmã

Pela a grandeza da ajuda e incentivo...

À minha Professora e Orientadora Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira

Pelos ensinamentos, dedicação, paciência e tolerância...

AGRADECIMENTO

A Deus pelo dom da vida!

A minha família: Mãe Georgete, meus irmãos, meus Filhos Gabriel e Mariana Rosa. Sem Vocês não poderia viver!

Ao meu Marido Alex Mariano que nos momentos mais difíceis, soube vencer as dificuldades, comigo, dando-me apoio, incentivo e muito amor!

À minha Orientadora Profa. Dra Ana Paula Pessoa de Oliveira pelos ensinamentos, dedicação, paciência e pelo apoio. Agradecimento eterno!!!

As Professoras Dra. Arinete Vêras Fontes Esteves e Dra. Maria do Rosário de Menezes pelo aceite e contribuição na banca de qualificação, fundamentais para o desenvolvimento da dissertação.

Aos Professores Dr. Euler Esteves Ribeiro, Dra. Noeli das Neves Toledo, pelo aceite na banca de qualificação como membros suplentes.

As Professoras Dra. Arinete Vêras Fontes Esteves, como membro interno, Dra. Elizabeth Teixeira, como membro externo, pelo aceite e disponibilidade para participação da banca de defesa.

As Professoras Dra. Maria de Nazaré de Souza Ribeiro, como membro externo, pelo aceite como suplente na banca examinadora de defesa e a Dra. Noeli Toledo por aceitar ser membro suplente interno.

Aos profissionais que participaram como juízes-especialistas na validação do manual, pelas contribuições, entusiasmos e disponibilidade.

Aos pacientes idosos e seus familiares que participaram na validação do manual por suas disponibilidades e interesses.

Aos enfermeiros da enfermaria neurocirúrgica do hospital selecionado para este estudo, pelo interesse e ajuda, na seleção dos pacientes, quando solicitado por mim.

As minhas novas amigas do mestrado: Katiuscia, Graciana, Eveline, Gisele Reis e Ellen, por estarem juntas nessa batalha.

Em especial às amigas Ellen, Lilian Kellen, Mailma, Aderlaine pela amizade e ajuda e forças nos momentos difíceis!

A Pastora e amiga Ana Lúcia, pela ajuda e compartimento da fé nos momentos que precisei.

A Coordenação do mestrado, pela contribuição e incentivo, com destaque para a Secretária Monik Lozada e ao Profº Dr. David Lopes Neto.

Eu não me envergonho de corrigir meus erros e mudar as opiniões,
porque não me envergonho de raciocinar e aprender.

[Alexandre Herculano]

RESUMO

O objetivo deste estudo foi construir e validar um manual de cuidados domiciliares para pessoas idosas submetidas a neurocirurgia e seus familiares. Teve como método a abordagem quanti-qualitativa, dividido em três etapas, contextualização, desenvolvimento e validação do manual. A construção do manual foi realizada a partir do levantamento de evidências por meio de uma revisão integrativa. O desenvolvimento realizou-se, mediante a elaboração dos passos da construção do manual e a validação do manual ocorreu através da avaliação de 11 juízes-especialistas, 4 idosos submetidos a cirurgia neurológica em um hospital de referência em traumatologia na cidade de Manaus do estado do Amazonas e 4 familiares, designados como público-alvo. Os juízes foram responsáveis em avaliar o objetivo, a estrutura, apresentação e relevância, ou seja, fizeram análise do conteúdo do construto, verificando a adequação de cada item. Já o público-alvo avaliou o objetivo, organização, estilo da escrita, aparência e motivação, desse modo, fazendo a análise semântica do manual. Esses participantes responderam um questionário de avaliação com perguntas fechadas, com espaço para sugestões e comentários. Para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16. O manual versa sobre os seguintes conteúdos: voltando para casa após cirurgia cerebral; conhecendo um pouco sobre as doenças e problemas cerebrais e suas complicações; preparo da casa antes da alta hospitalar; orientações sobre os cuidados diários; cuidados com a comunicação; cuidados com a movimentação e transferência; orientações para o uso de rede de dormir; cuidados de higiene e conforto; cuidados com a pele e com uso de fraldas; como fazer curativos simples; cuidados com alimentação e hidratação; cuidados com alimentação enteral; cuidados com o uso de medicação; cuidados com eliminações (urina e fezes). No que se refere à análise quantitativa, o material mostrou-se validado do ponto de vista de conteúdo e aparência, visto que apresentou um nível de concordância entre os juízes especialistas de (80,91%) e do público-alvo de (98,75%). A análise das sugestões e comentários dos juízes-especialistas, gerou três focos temáticos: o manual e suas finalidades; estruturação e legibilidade textual, diagramação; avaliação geral. Considera-se que o manual construído para a orientação de cuidados domiciliares a pessoas idosas submetidas a neurocirurgia, validado pelo comitê participante do processo de validação, traga benefícios na qualidade de vida da pessoa idosa pós-neurocirurgia e seus familiares, e, sirva como suporte educacional para a equipe multidisciplinar, principalmente o enfermeiro, no preparo para a alta hospitalar e no acompanhamento domiciliar da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Saúde do idoso – Cuidados domiciliares – Neurocirurgia- Tecnologia educacional.

ABSTRACT

The aim of this study was to construct and validate a manual for home care for older people undergoing neurosurgery and their families. We had as a method to quantitative and qualitative approach, divided into three stages, contextualization, development and manual validation. The construction of the guide is performed parti lifting evidence through an integrative review. The development was carried out by developing the manual construction of steps and manual validation took place through the evaluation of 11 judges-experts, 4 elderly patients undergoing neurological surgery at the referral hospital in Traumatology in the city of the state of Amazonas Manaus and 4 family, designated as the target population. The judges were responsible for evaluating the purpose, structure, presentation, and relevance, namely made the analysis of the construct of the content, verifying the suitability of each item. Already the target population assessed the purpose, organization, writing style, appearance and motivation, thereby making the manual semantic analysis. These participants completed an evaluation questionnaire with closed questions, with space for suggestions and comments. The descriptive statistical analysis was used SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16. versa manual on the following contents: coming home after brain surgery; knowing a little about the disease and brain disorders and their complications; preparing the house before hospital discharge; guidance on the daily care; care communication; care handling and transfer; guidelines for the use of hammock; hygiene and comfort; skin care and use of diapers; how to make simple dressings; care with nutrition and hydration; care enteral nutrition; care with the use of medication; care elimination (urine and feces). With regard to the quantitative analysis, the material proved to be valid from the point of view of content and appearance, as presented a level of agreement among experts judges (80.91%) and the target audience (98, 75%). The analysis of the suggestions and comments of the judges-experts, generated three thematic foci: the manual and their purpose; structuring and text readability, layout; general evaluation. It is considered that the manual built for the guidance of home care for the elderly undergoing neurosurgery, validated by the participant committee of the validation process, bring benefits in quality of life post-neurosurgery elderly and their families, and serve as a support educational for the multidisciplinary team, especially nurses, in preparation for discharge and home care of the Family Health Strategy.

Keywords: Health of the elderly - Home care - Neurosurgery- Educational technology.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue construir y validar un manual de cuidados en el hogar para las personas mayores sometidos a neurocirugía y sus familias. Tuvimos como un método a lo cuantitativo y cualitativo, dividido en tres etapas, contextualización, desarrollo y validación manual. La construcción de la guía se lleva a cabo pruebas de elevación del parti a través de una revisión integradora. El desarrollo se llevó a cabo mediante el desarrollo de la construcción manual de los pasos y validación manual se llevó a cabo a través de la evaluación de 11 jueces expertos, 4 pacientes ancianos sometidos a cirugía neurológica en el hospital de referencia de Traumatología en la ciudad del estado de Amazonas, Manaus y 4 familia, designada como la población objetivo. Los jueces fueron los responsables de la evaluación de los objetivos, estructura, presentación y relevancia, a saber, realizado el análisis de la construcción de los contenidos, la verificación de la idoneidad de cada elemento. Ya la población objetivo evaluó el propósito, la organización, el estilo de escritura, la apariencia y la motivación, con lo que el análisis semántico manual. Estos participantes completaron un cuestionario de evaluación con preguntas cerradas, con espacio para sugerencias y comentarios. Se utilizó el análisis estadístico descriptivo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16. Manual versa sobre los siguientes contenidos: que vuelven a casa después de la cirugía cerebral; saber un poco acerca de los trastornos y enfermedades cerebrales y sus complicaciones; la preparación de la casa antes del alta hospitalaria; orientación sobre el cuidado diario; cuidar comunicación; cuidar la manipulación y transferencia; directrices para el uso de la hamaca; higiene y confort; cuidado de la piel y el uso de los pañales; cómo hacer vendajes simples; cuidado con la nutrición y la hidratación; cuidar la nutrición enteral; cuidado con el uso de la medicación; eliminación de atención (orina y heces). En relación con el análisis cuantitativo, el material demostró ser válida desde el punto de vista del contenido y la apariencia, tal como se presenta un nivel de acuerdo entre los expertos jueces (80,91%) y el público objetivo (98, 75%). El análisis de las sugerencias y comentarios de los jueces-expertos, generó tres temas centrales: el manual y su propósito; estructuración y la legibilidad del texto, diseño; calificación global. Se considera que el manual construido para la orientación de la atención domiciliaria para la neurocirugía sometido ancianos, validado por el comité participante del proceso de validación, trae beneficios en la calidad de vida de personas de edad avanzada después de la neurocirugía y sus familias, y servir como un soporte educativa para el equipo multidisciplinario, sobre todo enfermeras, en preparación para la descarga y limpieza del hogar de la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras clave: Salud del anciano - Atención a domicilio - Neurocirugía- La tecnología educativa.

LISTA DE FIGURAS/ QUADROS

Figura 1 - Fluxograma das etapas de produção e validação do manual.....	39
Figura 2 - Fluxograma do processo de validação do manual por juízes-especialistas.	41
Figura 3 - Fluxograma do processo de validação do manual pelo público-alvo.....	42
Figura 4 - Fluxograma dos passos da construção da TE.....	67
Quadro 1 - Critérios de escolha para a composição do comitê de validação do manual pelos juízes especialistas da área de saúde.....	45
Quadro 2 - Critérios de escolha para a composição do comitê de validação do manual pelos juízes especialistas de outras áreas.....	45
Quadro 3 - Artigos pesquisados segundo autores, títulos, país, base de dados e ano de publicação, objetivo geral.....	55
Quadro 4 – Número dos artigos/ cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida a neurocirurgia.....	56
Quadro 5 - Perfil dos juízes-especialistas da área da saúde e de outras áreas.....	75
Quadro 6 – Caracterização dos pacientes idosos submetidos a neurocirurgia.....	77
Quadro 7 – Perfil dos familiares dos pacientes idosos submetidos a neurocirurgia....	79
Quadro 8 – Foco temático – o manual e suas finalidades.....	93
Quadro 9 – Foco temático – estrutura, legibilidade textual e diagramação.....	95
Quadro 10 – Demonstração de exemplos da versão do manual antes da avaliação e depois com a versão com alterações conforme sugestão e comentários dos juízes-especialistas.....	96
Quadro 11 – Foco temático – avaliação geral do manual.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida à neurocirurgia.....	69
Tabela 2 - Distribuição dos escores obtidos pela avaliação dos juízes segundo objetivos, estrutura e apresentação, relevância e o percentual calculado de cada item...	81
Tabela 3 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 1 - objetivo.....	82
Tabela 4 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 2 – estrutura e apresentação.....	83
Tabela 5 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 3 – relevância.....	85
Tabela 6 - Distribuição dos escores obtidos por pacientes idosos e seus familiares da enfermaria cirúrgica segundo os objetivos, organização, estilo de escrita, aparência e motivação.....	86
Tabela 7 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 1 - objetivos.....	87
Tabela 8 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 2 - organização.....	88
Tabela 9 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita.....	90
Tabela 10 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 4 – aparência.....	91
Tabela 11 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 5 – motivação.....	92

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico isquêmico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico hemorrágico
DCBV	Doenças Cerebrovasculares
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSDA	Hematoma Subdural Agudo
HSDC	Hematoma Subdural Crônico
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
PE	Processo de Enfermagem
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TE	Tecnologia Educacional
TQT	Traqueostomia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.2 OBJETIVOS	21
1.2.1 Geral	21
1.2.2 Específicos.....	21
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	22
2.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL	22
2.2 DOENÇAS CEREbroVASCULARES E OS TRAUMAS CEREbraIS NA PESSOA IDOSA	28
2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA SUBMETIDA A NEUROCIRURGIA	32
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS	35
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.1.1 PRIMEIRA ETAPA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TE	38
3.1.2 SEGUNDA ETAPA: DESENVOLVIMENTO DA TE	40
3.1.3 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DA TE	41
3.2 LOCAL DO ESTUDO	42
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	43
3.4 COLETA DE DADOS - VALIDAÇÃO: INSTRUMENTOS E TÉCNICA	46
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	47
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 Primeira etapa: Contextualização - Manuscrito 1.....	51
4.2 Segunda etapa: Desenvolvimento da TE - Manuscrito 2	64
4.3 Terceira etapa: Processo de validação do manual.....	74
4.3.1 Caracterização do perfil dos juízes-especialistas	74
4.3.2 Caracterização do perfil do público-alvo.....	77
4.3.3 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento do manual pelos juízes-especialistas	80

4.3.4 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento do manual pelo público alvo	85
4.3.5 Análise dos comentários e sugestões obtidos no processo de validação do manual.	93
5 TERCEIRA VERSÃO DO MANUAL.....	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS.....	144
APENDICE A	152
APENDICE B.....	153
APENDICE C.....	155
APENDICE D.....	157
APENDICE E.....	158
ANEXO A.....	159
ANEXO B.....	160

1 INTRODUÇÃO



Este estudo aborda a temática da pessoa idosa submetida a neurocirurgia que necessita da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Por meio deste trabalho será construído e validado um manual sobre as orientações desses cuidados a serem realizados pela pessoa idosa ou seus familiares cuidadores no âmbito domiciliar.

O fenômeno do envelhecimento humano que a população mundial vive, atualmente, pode ser considerado como uma conquista social e é gerado pela melhoria das condições sociais, sanitárias, descoberta dos antibióticos e vacinas. No Brasil, o envelhecimento da população vem ocorrendo a partir dos anos 1960, principalmente, devido à diminuição da fecundidade e o maior controle da mortalidade (NASRI, 2008).

Segundo dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente, existem cerca de 15 milhões de idosos acima de 60 anos no Brasil, e as projeções indicam que, em 2025, haverá 34 milhões de idosos, e o país será o sexto lugar no *ranking* mundial com maior número de pessoas nessa faixa etária (IBGE, 2015).

Envelhecimento pode ser definido como um processo multidimensional, determinado por fatores biológicos, social, intelectual, econômico, funcional e cronológico. Através desses critérios, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosa a pessoa com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e, com 60 anos de idade, nos países em desenvolvimento. (ELIOPOULOS, 2011; OMS, 1994).

No entanto, esse fenômeno do envelhecimento trouxe mudança no perfil epidemiológico com a diminuição das doenças infecto-contagiosas e o aumento das morbidades crônicas não transmissíveis, como destaque as Doenças Cerebrovasculares (DCBV). Esse novo perfil tem levado essa clientela a buscar, cada vez mais, por serviços de saúde em âmbito hospitalar (BRITO; FARIAS; POLARO, 2012).

No Brasil, as DCBV e o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) encontram-se entre as dez causas líderes das taxas de mortalidade humana, sendo o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a doença neurológica que mais afeta a população idosa e que mais causa incapacidade física. O TCE destaca-se por ser um dos traumas neurológico mais comum nessa população devido à ocorrência de quedas. Tanto o AVE e o TCE, em muitos casos, há a necessidade de intervenção cirúrgica como tratamento imediato (BRASIL, 2015; HEROU; ROMNER; TOMASEVIC, 2015).

As doenças cerebrovasculares ou o TCE que afetam as pessoas idosas, mesmo após o tratamento cirúrgico, geralmente, proporcionam um processo incapacitante que levam a uma condição de dependência física, comprometendo suas atividades de vida diária, e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Dessa maneira, após a alta hospitalar, faz-se

necessário a continuação dos cuidados hospitalares no domicílio destas pessoas (BAUMANN et al, 2014).

Nessa perspectiva, o profissional enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, deve agir como facilitador para o entendimento e o esclarecimento de todo o processo a ser vivenciado pela pessoa idosa e sua família no período perioperatório. Isso pode ser feito por meio do planejamento da assistência de enfermagem, enfatizando as orientações e as informações que podem minimizar e contribuir com o sucesso desse processo cirúrgico mesmo após a alta hospitalar (ROTHROCK, 2007).

Diante da realidade de continuação dos cuidados hospitalares no domicílio, os familiares se tornam atores essenciais para suprir as necessidades dos cuidados domiciliares, por meio de inúmeras tarefas realizadas, muitas vezes, sem o devido conhecimento ou de forma improvisada por não serem esses devidamente capacitados para tal atividade (SOUZA et al, 2014).

Por conta dessa necessidade de preparo, tanto para pacientes como seus familiares, Souza et al (2014) destacam que, na atualidade, há a preocupação dos gestores hospitalares em criar política de incentivo à alta dos pacientes idosos o mais cedo possível, por meio do preparo de familiares para reorganizarem a vida no domicílio de modo que possam assumir os cuidados do doente em poucos dias. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde inicie, ainda durante a hospitalização, o planejamento de alta, fazendo uso de um processo coordenado de atividades que envolvam o paciente e os profissionais da saúde que trabalham juntos para facilitar a transição da assistência à saúde de uma instituição.

Dessa forma, o processo de alta planejada proporciona o tratamento de forma mais humanizada e gera o bem-estar à pessoa idosa e seus familiares. Essas ações podem amenizar o desamparo vivenciado pela pessoa idosa e sua família, contribuindo, assim, para melhor recuperação, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo os gastos do sistema público de saúde (SOUZA et al, 2014).

A educação do paciente e o planejamento da alta são componentes essenciais nos cuidados da enfermagem perioperatória, pois enfocam o porquê e as intervenções de enfermagem que devem ser aplicadas e como elas melhoram os resultados nos procedimentos, assim como preparam os familiares para o cuidado domiciliar e o preparo do paciente para o autocuidado (ROTHROCK, 2007; SMELTZER et al, 2012).

As práticas de educação em saúde se evidenciam como uma importante estratégia aos profissionais da área que podem contar com as ferramentas proporcionadas pelo uso das

tecnologias educacionais, como os manuais de orientação que se destacam, por democratizar e disseminar o conhecimento às classes populares (COSTA et al, 2013).

Os manuais que abordam os cuidados domiciliares para a continuação do tratamento à pessoa idosa, buscam possibilitar o melhor aprendizado dos envolvidos nesse processo do cuidado, fornecendo mais segurança e apoio no dia a dia (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013).

No estudo realizado por Lopes et al (2013) os autores evidenciaram que, geralmente, a orientação da alta hospitalar é realizada no momento da saída do paciente do hospital. As diversas orientações são oferecidas, na sua grande maioria, por meio da comunicação verbal que pode dificultar a compreensão do paciente e familiar. Tanto a informação verbal quanto a escrita assume papel importante e complementar nesse processo, pois existe a possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la. Isso pode acontecer, principalmente, com o paciente idoso que já trás consigo alterações cognitivas inerentes ao processo de envelhecimento. O fornecimento de informações escritas tem sido apontado como uma maneira efetiva de somar às orientações verbais, orientações a respeito dos cuidados no pós-operatório, especificamente, quando se trata do cuidado em situações crônicas que exigem adaptações em longo prazo e com as pessoas idosas que dependem de cuidados em virtude de sequelas provenientes da patologia neurológica.

Realidades semelhantes à descrita, chamaram minha atenção, pois, como enfermeira assistencial no bloco operatório em um hospital e pronto socorro da rede pública de referência em trauma e neurocirurgia, há aproximadamente 16 anos, vivencio, diariamente, o momento de vulnerabilidade que a pessoa idosa e sua família enfrentam diante da alteração aguda causada pelo procedimento cirúrgico, e a frequente angustia de familiares ao se deparem com a nova realidade que será enfrentada depois da alta hospitalar. Tive a oportunidade de perceber, também, que muitos dos pacientes idosos que eram submetidos a cirurgias, principalmente as de cunho neurológico, retornavam para o hospital com algum tipo de complicação dias após a alta.

Diante dessa situação, passei a observar e a conversar com colegas de profissão e tive a oportunidade de verificar que pacientes idosos e acompanhantes recebiam, e ainda recebem, apenas orientações verbais durante o preparo da alta pela enfermagem, e que não existe nenhum material educativo impresso voltado para o cuidado domiciliar. Geralmente esses pacientes retornam para seus domicílios em condição de dependência de cuidados por se encontrarem acamados, com traqueostomia, em uso de sonda vesical e/ou enteral ou com necessidade de oxigenioterapia. Esses idosos dependentes necessitam de cuidados específicos

e cada vez mais complexos, e o cuidador familiar, em sua grande maioria, não possui o preparo adequado para desempenhar tarefas que requerem conhecimentos tão peculiares.

Assim, sem um preparo prévio para a realização do processo do cuidado ao parente dependente, o cuidador familiar se vê sozinho, desamparado, em risco permanente de provocar danos involuntários ao idoso (SILVA et al, 2009).

Com a intenção de minimizar a problemática relacionada à falta de preparo do cuidador familiar e da própria pessoa idosa submetida a neurocirurgia em relação ao processo do cuidado no domicílio, despertou-me o interesse em realizar esse estudo, com os seguintes questionamentos:

- Quais cuidados de enfermagem no pós-operatório de neurocirurgia a pessoa idosa necessita após a alta hospitalar para manter sua saúde e qualidade de vida?
- Quais cuidados devem constar em um manual, enquanto tecnologia educacional, para ajudar no cuidado no domicílio?
- Qual o índice de validade de um manual sobre cuidados domiciliares para idosos pós-neurocirurgia e seus familiares?

Nesta perspectiva, surgiu a motivação em desenvolver esse estudo voltado à educação em saúde junto aos familiares e pacientes idosos sobre os cuidados domiciliares necessários no pós-operatório de neurocirurgia, por meio da construção e validação de um manual de orientações que contribua na aprendizagem dos cuidados feitos pelos familiares e a própria pessoa idosa.

Este estudo torna-se relevante, pois se concentra na contribuição para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem com a população idosa, principalmente nas questões que envolvem o processo cirúrgico nessa faixa etária, que só vem aumentando conforme o ritmo do envelhecimento das pessoas. E, considerando que a produção científica sobre essa temática ainda é escassa, necessita-se da atenção dos pesquisadores e da sociedade em relação ao cuidado à pessoa idosa no preparo para a continuidade desses cuidados no domicílio, demonstrando a importância da realização de estudos sobre construção e validação de novas tecnologias educacionais.

Sobretudo, esperamos, também, que este estudo possa de algum modo, contribuir para ampliar o conhecimento dos enfermeiros e dos outros membros da equipe de saúde, além de fomentar discussões, reflexões e aprendizado acerca da necessidade de um olhar atento para o processo educacional voltado para o cuidado peculiar à pessoa idosa e seus familiares referentes aos cuidados necessários à manutenção da saúde pós-neurocirurgia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Construir e validar um manual de cuidados domiciliares após neurocirurgia para os idosos e seus familiares.

1.2.2 Específicos

- Realizar o levantamento de evidências científicas por meio de uma revisão integrativa da literatura.

- Construir um manual educativo com orientações sobre cuidados domiciliares após neurocirurgia para idosos e seus familiares.

- Realizar a validação de conteúdo e semântica do manual de orientações por meio da avaliação do nível de concordância dos juízes, pacientes idosos submetidos a neurocirurgia e seus familiares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO



2.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL

O envelhecimento é um processo natural que ocorre durante o curso de vida do ser humano, sendo iniciado com o nascimento e terminado com a morte em idade avançada, (SANTOS, 2003). Esse processo vem gerando discussões e preocupações da humanidade há vários séculos, tendo uma maior abrangência de conhecimento a partir do século XX, principalmente nas suas últimas décadas (PAPALÉO NETTO, 2006).

Definir o que venha a ser velhice não é uma tarefa fácil, principalmente quando se almeja um envelhecimento com saúde e qualidade de vida que acompanhe, proporcionalmente o aumento da expectativa de vida das pessoas idosas na atualidade. Martínez destaca que:

O processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos e demandam uma abordagem multidisciplinar. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, sendo um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológicos, psíquicos e sociais (1994, p.117).

O envelhecimento é algo “[...] dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade [...]” (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO; GARCIA, 2005, p. 03).

Papaléo Netto (2006) ainda destaca que ver o envelhecimento apenas pela parte biofisiológica é desconhecer problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos que, provavelmente, terá participação no processo de envelhecimento de cada pessoa, necessitando que se tenha uma visão global do envelhecimento enquanto processo e das pessoas idosas enquanto indivíduos.

Dentre as diversas modificações do envelhecimento humano, tais como fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, espirituais e sociais algumas apresentam características específicas. As modificações biológicas ou fisiológicas se mostram pelo aparecimento de rugas, cabelos brancos, alterações das funções orgânicas; as modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, a pessoa precisa adaptar-se a cada situação modificada no seu dia-a-dia; as modificações espirituais evidenciam-se, geralmente, pela necessidade de aproximação com o “ser espiritual” que cada uma acredita e as relações sociais tornam-se alteradas em função da

diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico (SANTOS, 2003). Assim, o envelhecimento pode ocorrer por alterações fisiológicas normais, senescência ou em conjunto com o envelhecimento patológico chamado de senilidade.

Freitas et al definem senescência ou senectude como sendo resultante do somatório de “alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal, e senilidade, que é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa” (2011, p.10).

Pelas diferenças que há entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, em 1980 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a faixa etária de 60 anos e mais como velhice ou terceira idade, sendo considerada idosa a pessoa com 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos e, com 60 anos de idade, nos países em desenvolvimento (WHO, 1989).

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, já nos países em desenvolvimento esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social adequada que atenda a essa demanda emergente, incluindo à área de saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, o envelhecimento da população é decorrente da mudança de alguns indicadores de saúde, principalmente pela queda da fecundidade, seguida da diminuição da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006).

Nasri (2008), destaca que a mudança na transição demográfica em relação ao envelhecimento teve início na Europa, com o primeiro fenômeno da diminuição da fecundidade, que foi observada durante a Revolução Industrial, e, ainda, pelo o início do uso de anticoncepcional. Porém, essa mudança ocorreu lentamente, gerado pela melhoria nas condições sociais e de saúde, onde, também, ocorreu um significativo desenvolvimento social e aumento de renda. Já, no Brasil, a queda na taxa de fecundidade que seguiu ao aumento da expectativa de vida foi maior do que se esperava. As projeções indicam que em 2050, no Brasil, bem como em todo o mundo, existirão mais idosos do que crianças menor de 15 anos, considerado um fenômeno nunca visto antes.

Em estudo realizado por Kalache; Veras; Ramos (1987) sobre a projeção da população idosa nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, já mostrava que o Brasil seria em 2025 o sexto país com o número maior dessa população, e a China, Índia, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), Estados Unidos da América (EUA) e o Japão seriam os países com o primeiro ao quinto lugar no ranque dessa projeção. O estudo também prevê que a quantidade de pessoas idosas ultrapassará o dobro em 2025 em relação a 2000 no país.

Segundo dados do IBGE (2002), em 1950 existiam cerca 204 milhões de pessoas idosas no mundo e, em 1998, essa população já alcançava 579 milhões de pessoas. Observa-se que houve um crescimento de quase 8 milhões por ano em toda sociedade mundial. Existem projeções para o ano de 2050, na qual a população idosa alcançará cerca de 1.900 milhões de pessoas.

Conforme os resultados do Censo Demográfico 2010, a população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes. Desses, 20.590.599 são pessoas que possuem 60 anos ou mais de idade, cerca de 10,79% do total da população. Esses resultados evidenciaram, ainda, que, no país, existe uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, um excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens. Em 2050, as projeções indicam que haverá cerca de 76 idosos para 100 idosas. Mantendo a tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil (IBGE, 2011; NASRI, 2008).

Em relação à feminização da velhice, Freitas et al (2011) explicam que isso ocorre, principalmente, pela menor mortalidade da população feminina fazendo com que essa população cresça com taxas maiores que a masculina. No Brasil, essa predominância feminina é devida ao fato da urbanização dessa população, já nos centros rurais predominam mais a população masculina. Culturalmente, a mulher se cuida mais do que o homem. Por essas questões haverá mais idosas aos longos dos anos que virão, levando à necessidade de uma atenção distinta para a população idosa.

O envelhecimento da população no Brasil não se deu e nem acontece de forma homogênea, pois a maior concentração está nas regiões Sudeste, 46,25%, e Nordeste, 26,50%, sendo que a menor encontra-se na região Norte, 5,25%. Cunha (2003) explica que a maior porcentagem de pessoas idosas na região Sudeste pode ser atribuída pela atração à vida das grandes metrópoles, devido ao crescimento socioeconômico gerado pelo desenvolvimento das indústrias nos últimos 40 anos, assim como os aspectos políticos também influenciaram nesse processo. Já no Nordeste, Otero (2001) considera que este fator ocorreu pela emigração da população jovem para regiões mais desenvolvidas em busca de trabalho.

No censo 2000, a região Norte já apresentava a menor porcentagem de idosos, em 2010 esta estatística foi confirmada. A baixa porcentagem de idosos na região Norte, deve-se aos altos níveis de fecundidade do passado, apesar de, nos últimos anos, esta realidade vir se alterando, pois a taxa de fecundidade na região também vem se modificando para níveis mais baixos e, assim, a tendência é de um envelhecimento contínuo (IBGE, 2011).

A região Nordeste tem característica semelhante em relação ao envelhecimento da população, comparada à região Norte, apesar de apresentar uma estrutura etária um pouco mais envelhecida. As regiões Sudeste e Sul apresentam semelhança no que se referem à evolução da estrutura etária. Isso, também, pode ser explicado devido à redução das taxas de fecundidade das regiões mais desenvolvidas que se iniciou a partir dos anos 1960. Em relação à região Centro-Oeste, 6% da população idosa possui distribuição etária próxima da média do País (IBGE, 2011; NASRI, 2008).

No Amazonas, segundo dados do IBGE (2015), as projeções indicaram que a população do estado, em 2015, corresponde a 3.938.336 habitantes e a de idosos 239.875, 6% do total. Em 2010, a porcentagem dessa população era de 5%. E a expectativa média de vida chegará a 71 anos em 2050.

Diante da velocidade do processo de envelhecimento que trouxe mudanças demográficas gerando uma nova realidade social, tornou-se um dos principais desafios políticos mundial para o século XXI, priorizar e buscar alternativas para as demandas de uma sociedade envelhecida. Esse processo, que ocorre em ritmo acelerado, trouxe consigo outra transição, a epidemiológica, gerada pelo declínio das doenças infecto-transmissíveis e o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (RODRIGUES et al, 2007).

Neste sentido, Rodrigues et al (2007) destacam que houve a necessidade dos gestores e políticos brasileiros, e em conjunto com a sociedade, definirem novos espaços nas diversas estruturas sociais, determinando as atribuições do Estado por meio da criação das políticas públicas de atenção às pessoas idosas.

Em relação às políticas públicas de atenção a esta população, historicamente, em 1982, houve a primeira Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), considerada como marco mundial que deu início às discussões direcionadas aos idosos. Após as discussões neste fórum, ficou definido um plano de ação para o envelhecimento com recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais baseando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, definindo os princípios para a implementação de políticas para o envelhecimento de cada país (RODRIGUES et al, 2007).

No Brasil, somente em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) Nº. 8.742/93, onde contemplava a organização das políticas de assistência nas três esferas do governo, dispondo sobre medidas específicas para as pessoas idosas, dando garantia de um salário-mínimo como benefício mensal aos que, comprovadamente, não

dispunham de meios para sua manutenção e que estivessem sob dependência familiar (FERREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Em 04 de janeiro de 1994, decorrente do reconhecimento da importância do envelhecimento populacional no País, foi aprovada a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei Nº. 8.842/1994, regulamentada pelo Decreto Nº. 1.948/96, tendo como finalidade assegurar direitos sociais, garantindo a promoção da autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade; direitos a cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (RODRIGUES et al, 2007).

Continuando a percorrer os caminhos de Leis que regem os direitos a pessoa idosa, em 1999 foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria Nº. 1.395/99, tendo como objetivo promover a saúde da pessoa idosa, promovendo o envelhecimento saudável, prevenção de doenças, recuperação da saúde, manutenção da capacidade funcional de modo a garantir sua permanência no meio e na sociedade, de forma independente (BRASIL, 1999).

No final do século XX, por ter sido intensificado as discussões sobre o envelhecimento da população e todas as suas implicações, principalmente nos setores econômico, social e de saúde no País, foi sancionada pelo Presidente da República, em 2003, o Estatuto do Idoso, através da Lei Nº. 10.741/2003. O documento efetiva e amplia os direitos sociais da pessoa idosa. Destaca que, de acordo com o processo de envelhecimento cronológico, é considerada como pessoa idosa que tenha idade igual ou superior a 60 anos. No Art. 5, aborda os direitos às questões de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a atenção integral do idoso, garantindo o acesso universal, igualitário, e contínuo ao conjunto das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004).

Em decorrência da necessidade de manter as diretrizes do SUS no Brasil bem como do risco do insucesso da manutenção das diretrizes, foi definida pelo Ministério da Saúde, em 2005, a agenda de compromissos pela Saúde, a qual agregou três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão (FERREIRA; TEIXEIRA, 2013).

O Pacto pela Vida que traz, como uma das prioridades, a atenção à saúde do idoso, definido pela Portaria GM No. 2.528/2006, tendo como estratégias a contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, com autonomia e independência, e, como porta de entrada para o atendimento de saúde da população idosa, a Atenção Básica/Saúde da Família, assim como as redes de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Para facilitar a efetivação dessa política, foi criado o Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, sendo um documento que se fundamenta nos preceitos do Pacto pela Saúde, da Política Nacional de Promoção da Saúde, da PNSI e da Política da Atenção Básica. Descreve as atribuições dos profissionais e recomenda a utilização de instrumentos que possibilitam a elaboração do planejamento das ações (BRASIL, 2007).

Com relação à atenção especializada de média e alta complexidade, deve ser garantida a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa por meio de reestruturação e implantação das redes estaduais, visando à integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência. Além disso, visam, ainda, à implantação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível e contemplação de fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS (BRASIL, 2006).

Um dos grandes desafios do SUS, devido à mudança demográfica e epidemiológica das últimas décadas, que gerou o aumento da expectativa de vida e, consequentemente, maior número de pessoas idosas, é o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), essas doenças, que inclui as DCBV, se tornam caras para o SUS devido à demanda crescente de pessoas com incapacidades físicas ou óbitos prematuros e requerem o maior investimento em assistência médica, em pesquisa, vigilância, prevenção e promoção de saúde para obter uma vida mais saudável (MALTA et al, 2006).

2.2 DOENÇAS CEREbroVASCULARES E OS TRAUMAS CEREBRAIS NA PESSOA IDOSA.

Embora haja avanço e progresso científico e tecnológico no século XXI, ainda não são suficientes para minimizar as doenças crônicas, principalmente as doenças DCBV, que têm alta prevalência em todo mundo e se constitui como grave problema de saúde pública. Atualmente, em nosso país, as DCBV se encontram como uma das grandes causas de morbimortalidade, atingindo, em grande proporção, a população idosa devido à importante relação entre a idade e incidência que dobra a cada nova década de vida a partir de 55 anos. O AVE atualmente, é a principal causa de mortalidade e incapacidade nessa população. As estatísticas indicam que 75% das pessoas idosas com AVE têm idade superior a 65 anos.

Estima-se que o aparecimento de AVE tenha sido de 1.1 milhões de pessoas em 2000 e haverá um aumento de 1.5 milhões em 2025, caso as taxas anuais permanecerem estáveis. (BRASIL, 2015; FREITAS et al, 2011).

Os fatores de riscos do AVE estão classificados em modificáveis e não modificáveis, e compreendem idade avançada, raça, etnia, baixo nível socioeconômico, história familiar de DCBV, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), cardiopatias, tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, elevado consumo de sal e gorduras saturadas (FURUKAWA; SANTO; MATHIAS, 2011; SMELTZER et al, 2012).

As DCBV envolvem situação de anormalidades no encéfalo, em função de alterações vasculares, seja por obstrução de um vaso, causando isquemia em uma determinada região cerebral, levando ao infarto cerebral, ou seja, o acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) responsável por 80% dos casos de DCBV. Pode, também, ocorrer a ruptura do vaso, causando hemorragia intracraniana, que determina, o acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEh), ambas DCBV com variações de gravidades e com diferentes graus de sequelas, levando, muitas vezes, o paciente idoso a sofrer processo crônico (MENDOZA-SUÁREZ, 2014; SITTA et al, 2008).

Dados revelam que um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVE ao longo de seu curso de vida. Portanto, torna-se importante suscitar ações voltadas à vigilância, prevenção, assim como a reabilitação, favorecendo uma melhor sobrevida às pessoas atingidas por essa doença (BRASIL, 2013).

Independente do tipo de AVE, é essencial que haja um suporte básico e a prevenção das complicações em qualquer paciente, a fim de reduzir a letalidade da doença. Medidas de emergência devem ser tomadas quando detectado a AVE, como encaminhar o paciente para o ambiente hospitalar especializado (FREITAS et al, 2011).

Em relação às principais complicações neurológica da fase aguda do AVE, Freitas et al (2011) destacam o “edema cerebral, com ou sem hipertensão intracraniana, podendo ser assintomático ou manifestar-se com piora do nível de consciência, agravamento dos sinais focais ou sinais de herniação, hidrocefalia e convulsões” (p. 338).

O tratamento para as DCBV precisa ser de emergência, no caso do AVEi, é clínico, com o uso dos trombolíticos. Já para o AVEh além do tratamento com medicamentos específicos, é necessário, também, o tratamento cirúrgico para a redução da pressão intracraniana por meio da drenagem do hematoma formado pelas hemorragias intraparenquimatosa ou subaracnoidea, sendo essa última menos comum na pessoa idosa (ELIOPOULOS, 2011).

Em estudos realizados sobre o perfil do idoso cirúrgico as cirurgias neurológicas mais frequentes nessa população foram as decorrentes do AVE e o TCE, que são muito comuns seja pela presença de comorbidade, com mais frequência nessa faixa etária a DM, HAS, demência e ou por traumas proveniente de quedas e os acidentes de trânsito, pela incapacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento ou por sequelas por patologias decorrente (CARVALHO, 2013; SOUZA et al, 2014).

O TCE apresenta uma taxa de mortalidade elevada no paciente idoso. Essa mortalidade em indivíduos de mais de 60 anos tem taxa de 57% a 100% com escores de 8 ou menos pela Escala de Coma de Glasgow (ECG). Esses pacientes levam mais tempo para se recuperarem de lesões cranianas que os mais jovens. Dois fatores principais colocam as pessoas idosas em maior risco de hematomas proveniente do trauma, primeiramente, a dura-mater torna-se mais aderente ao crânio com o avançar da idade, e em segundo lugar, muitas pessoas idosas fazem uso de ácido acetilsalicílico e de anticoagulantes como parte do tratamento de rotina de suas condições crônicas (SMELTZER et al, 2012).

Um dos hematomas causados por trauma em idosos mais frequentes são os hematomas subdurais crônicos que podem se desenvolver a partir de lesões crânio encefálicas aparentemente de menor gravidade. O paciente idoso está sujeito a esse tipo de lesão secundária à atrofia cerebral, sendo uma das consequências frequente do processo de envelhecimento. O tratamento cirúrgico consiste na drenagem do coágulo, que pode ser conduzido através de múltiplos orifícios de trepanação ou de uma craniotomia, se houve uma massa subdural de tamanho considerável que não pode ser aspirada nem drenada pelos orifícios da trepanação (SMELTZER et al, 2012).

Em situação de emergência a pessoa idosa apresenta aos profissionais de saúde um grande desafio devido à comorbidade e ao risco aumentado de morbidade e mortalidade perioperatória. A mortalidade em pessoas idosas após procedimentos cirúrgicos de emergência podem chegar a 50% dos casos, porém não sendo esse o fator principal do desafio para um melhor resultado de sobrevivência no idoso vulnerável, mas, também, se refere à dependência após o procedimento, levando a necessidade de cuidados e apoio adicional em suas próprias casas (TORRANCE; POWELL; GRIFFITHS, 2015).

Torrance; Powell; Griffiths (2015) também destacam que é preciso saber reconhecer que a população idosa é muito heterogênea e que a idade cronológica pode ser um marcador bastante insignificante comparado com a idade biológica que influencia no melhor resultado após a cirurgia. Por isso, torna-se importante realizar este esclarecimento à pessoa idosa e

seus familiares para diminuir seus anseios e expectativas relacionadas com o seu prognóstico e tratamento.

Os procedimentos cirúrgicos, nesta faixa etária, são tidos como opções de tratamento seguro frente aos avanços tecnológicos envolvidos no diagnóstico, cirurgia e anestesia. No entanto, sabe-se que a assistência ao idoso durante o processo cirúrgico difere dos outros grupos etários devido às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e a presença de comorbidades, que podem ser significativas para o equilíbrio funcional, aumentando a vulnerabilidade que colaboram para o desenvolvimento de complicações no perioperatório e pós-operatório (GARCIA et al, 2014; MENDOZA, 2006).

O prognóstico para os pacientes idosos submetidos à neurocirurgia tem mudado desde a década de 70, com uma série de abordagens terapêuticas que foram introduzidas, como monitoramento da pressão intracraniana, os exames por imagem, as cirurgias robóticas que levam a melhor sobrevida e com muito mais funcionalidade. Na atualidade, a idade é reconhecida como um dos fatores importantes que contribuem de forma independente, não sendo o único fator gerador do mal prognóstico na pessoa idosa (HEROU; ROMNER; TOMASEVIC, 2015).

Piassaroli et al (2012) destacam que as principais complicações pós-neurocirurgia na pessoa idosa podem se manifestar por dor, déficits visuais, déficits motores, alterações no tônus, padrões sinérgicos anormais, reflexos anormais, paresia e padrões alterados de ativação muscular, déficits motor, distúrbios de controle postura e equilíbrio, distúrbios da fala e linguagem, disfagia, disfunção perceptiva, disfunção cognitiva, distúrbios afetivos, diferenças comportamentais entre os hemisférios, crises e disfunção da bexiga e do intestino. Os comprometimentos indiretos são tromboembolismo venoso, rachaduras na pele, diminuição da flexibilidade.

Outras manifestações clínicas também podem surgir no paciente idoso após um período de inatividade ou repouso no leito, como o descondicionalamento, ou seja, um processo multifatorial das alterações fisiológicas, resultando em perda da capacidade funcional em áreas como a capacidade mental, mobilidade e dificuldade em desenvolver as atividades diárias. Os efeitos são amplos e incluem a perda de massa muscular, pela imobilidade, contribuindo para quedas e úlceras de pressão (TORRANCE; POWELL; GRIFFITHS, 2015).

Além disso, os pacientes idosos podem desenvolver anorexia e desnutrição, constipação intestinal ou incontinência. Psicologicamente, podem torna-se desorientados, sentir-se socialmente isolados, e sofrem de ansiedade e depressão. O declínio funcional pode

ser debilitante e retardar a recuperação para as atividades normais da vida diária (TORRANCE; POWELL; GRIFFITHS, 2015).

Os pacientes cirúrgicos, em especial as pessoas idosas, ao se depararem com a cirurgia, são acometidos por vários medos como, por exemplo, medo da morte, da anestesia, do desconhecido. Além disso, apresentam preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidades e compromissos familiares e de trabalho. Tal ansiedade se estende aos seus familiares que enfrentam um momento de difícil compreensão, pois tanto para a pessoa idosa que será submetida a um procedimento cirúrgico quanto aos familiares, o desejo de ambos é que seja resolvido o seu problema de saúde e receba alta com a resolução da doença que o levou a esse procedimento (MENDOZA, 2006).

Portanto os cuidados em todo o processo cirúrgico com a pessoa idosa e seus familiares, independente do grau de gravidade deve ser de forma holística e comprometida com o sucesso do procedimento cirúrgico. O grande desafio nesse processo é recolher a característica singular da pessoa idosa, e o benefício que a cirurgia bem sucedida trará na vida dessa pessoa, assim como assegurar a reabilitação e acompanhamento necessário no ambiente domiciliar (ELIOPOULOS, 2011).

2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA SUBMETIDA A NEUROCIRURGIA

Os cuidados de enfermagem as pessoa que precisam de atenção especial, como os idosos, vêm sofrendo importantes modificações tecnológicas e científicas na assistência sistemática, holística e humanizada, relacionado ao aumento da incidência e prevalência dessa clientela que, cada vez, mais necessita de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, onde deve ser observada, principalmente no paciente idoso cirúrgico, à fragilidade que os caracteriza (NOGUEIRA, 2011).

O paciente idoso cirúrgico possui fragilidade decorrente principalmente das particularidades seja pela senescência ou senilidade comum do envelhecimento. A complexidade no cuidado caracteriza a necessidade de uma atuação multiprofissional, onde a enfermagem está inserida, buscando a preservação da autonomia e da individualidade do ser humano. É necessário o reconhecimento de que a pessoa idosa não deve ser tratada com mesma atenção que se dá a uma pessoa adulta, e é importante que a equipe de saúde seja qualificada para saber reconhecer as características específicas da pessoa idosa e, assim, prestar assistência com qualidade (GARCIA et al, 2014).

Nogueira (2011) chama atenção para o fato de que a enfermagem que atua nos cuidados hospitalares possui uma herança de crenças e valores próprios, sejam familiar ou educacional, construída e vivida ao longo da existência. É habituada a realizar os procedimentos conforme as rotinas de trabalho, muitas vezes não percebendo o quanto esta sequência de atos gera cuidados metódicos e desumanos, tornando o cuidado, uma ação agressiva ao paciente, principalmente para a pessoa idosa, que possui crenças e valores, muitas vezes diferentes, podendo ter uma poderosa influência no estado de doença, saúde e bem-estar.

Portanto, o cuidado de enfermagem à pessoa idosa precisa realmente ser baseado não apenas em conhecimentos biológicos, mas também em conhecimentos sociológicos e psicológicos, apoiando-se em noções teóricas e práticas específicas, sendo administrado em um contexto de colaboração, amor, respeito aos idosos e suas famílias (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

No Brasil, Castellanos e Jouclas (1990) propuseram a aplicação de cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico que fosse baseado na assistência integral em todas as fases do perioperatório, pré, trans e pós-operatório, de forma continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, adaptado do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), denominando este processo de Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), que deve ser implementado na busca da satisfação das necessidades da pessoa em condições cirúrgicas, com foco na satisfação do cliente.

A SAEP possibilita a esse paciente melhoria da qualidade da assistência prestada, tornando-se um processo individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, ou seja, abrangendo os períodos pré, intra e pós-operatório da experiência cirúrgica de qualquer pessoa, incluindo os idosos (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

O enfermeiro elabora o levantamento de dados sobre o paciente, coleta, organiza e prioriza esses dados coletados, estabelece o diagnóstico de enfermagem, desenvolve e implementa um plano de cuidados de enfermagem e avalia aqueles cuidados em termos dos resultados alcançados (ROTHROCK, 2007).

O primeiro contato no período perioperatório com o paciente idoso que será submetido à neurocirurgia é durante a visita pré-operatória. Nesse momento, o enfermeiro deve acolher, orientando-o quanto aos procedimentos a serem realizados, evitando insegurança, insatisfação e os medos, sem esquecer a orientação e acolhimento também de sua família, que assim como

o paciente encontra-se ansiosa e temerosa sobre o que irá acontecer com seu ente querido (ROTHROCK, 2007).

Com essa nova realidade, a pessoa idosa e seus familiares responsáveis necessitam conhecer os cuidados para poder contribuir durante a internação e assumir adequadamente essa tarefa, após a alta hospitalar, quando necessário. Além de aprender novas habilidades, do ponto de vista técnico, a família ou o próprio paciente, necessita de apoio do ponto de vista psicológico, para superar situações específicas como enormes restrições da pessoa idosa que podem ficar limitados ao leito, grande dependência de cuidados básicos como alimentação, higiene, uso de medicação, cuidados com dispositivos como sondas e drenos, dentre outros. Tais demandas podem gerar fragilidade e medo de enfrentar a doença, não só na família, mais na pessoa idosa (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

A família é considerada a base da sociedade e em seu meio há a garantia de uma vida social e emocional equilibrada de seus membros. Sendo a família responsável pelos cuidados informais entre 80% e 90% de seus membros idosos, incluindo os cuidados com a saúde médica, de enfermagem, pessoais como as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), e ainda pelo encaminhamento e manutenção do vínculo com o sistema de saúde (THUMÉ, 2010; OLIVEIRA, 2011).

Thumé (2010) destaca que os profissionais de saúde, ao delegar a tarefa de cuidar, precisam estar atentos à estrutura familiar, ao tipo de cuidados a ser realizado, assim como ao tempo necessário, às características da doença e, ainda ao planejamento do apoio da equipe de saúde a família ou a própria pessoa idosa.

Dessa maneira, a educação em saúde e o preparo da alta devem começar desde o primeiro momento que o enfermeiro entra em contato com paciente e família na sua admissão, ou seja, no pré-operatório, para que o processo cirúrgico nos demais períodos, trans e pós-operatório ocorra de forma eficaz e livre de complicações futuras. Diante do exposto, percebe-se que os cuidados de enfermagem no trans-operatório são, primordialmente, de grande importância, principalmente para a pessoa idosa, devido à fragilidade e vulnerabilidade em que se encontram na hospitalização (SMELTZER et al, 2012).

Nogueira (2011) enfatiza que a assistência de enfermagem perioperatória gerontológica necessita ser holística, integral, eficiente, flexível, criativa e motivadora, para ajudar a pessoa idosa na manutenção de uma melhor qualidade de vida, reabilitação e de um equilíbrio de saúde possível. Os profissionais de enfermagem precisam lidar com as necessidades destes pacientes de forma tranquila e objetiva, tendo a certeza de que são cuidados importantes para a promoção da saúde.

O profissional enfermeiro como membro integrante da equipe de saúde tem a responsabilidade no processo educativo em saúde, conforme Decreto N^o 94.406/87, que regulamenta o exercício da enfermagem, devendo participar no desenvolvimento de tecnologia adequada à assistência de saúde. Assim como participar em programas de educação em saúde, que visem à melhoria da saúde da população em geral (BRASIL, 1987).

Desse modo o uso de ferramentas de educação em saúde, como as tecnologias educacionais, é importante recurso para auxiliar no processo de capacitação da pessoa idosa e sua família que devem receber informações detalhadas e sistematizadas que os auxiliem na educação sobre os cuidados no ambiente familiar necessários após cirurgia neurológica (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013; LOPES et al, 2013).

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS

A educação em saúde tem como objetivo a promoção de conhecimentos compartilhados e produção de reflexões críticas por parte das pessoas para que consigam soluções dos seus problemas de saúde. Também é considerada uma atividade estruturante e necessária, pois através do seu uso se articulam com a população e sistemas de saúde, permitindo a capacitação do indivíduo e a conquista da cidadania (ANDRADE, 2011).

Martins et al (2007) referem ser fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade, desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania e expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção do pensamento crítico.

Na atualidade, os enfermeiros têm se dedicado à construção de novas metodologias tecnológicas como estratégias, que são utilizadas para facilitar a prática da profissão, docência/ensino e as ações de assistência e educação junto aos pacientes e familiares. A utilização dessas metodologias demonstram o interesse e a importância que a profissão de enfermagem dá à criação e utilização de tecnologias educacionais voltadas para a prática da profissão, por envolverem facilidades ao cuidado do paciente (ANDRADE, 2011).

Na área da saúde, as tecnologias foram classificadas como Tecnologias Duras, dispositivos materiais ou equipamentos, exames e a organização de informações que podem ser utilizados durante o trabalho em saúde; As Tecnologias Leve-Duras envolvem os saberes dos profissionais de saúde, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e a maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A Tecnologia Leve produz-se no trabalho

vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre os profissionais em saúde e o usuário/paciente. (MERHY, 2005).

Dentre as tecnologias usadas pelo Enfermeiro, a Tecnologia Educacional (TE) é considerada segundo Nietzsche; Teixeira; Medeiros (p. 104, 2014) como um “conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento, envolvendo todo o processo educacional formal e informal”. As TE tem várias modalidades que são utilizadas na educação em saúde: TE táteis e auditivas, as expositivas e dialogais, as impressas (folders, cartazes, cartilhas, manuais, cadernos de orientação, entre outros) e as audiovisuais. As Autoras ainda destacam ser necessário saber produzir e validar tais tecnologias.

Os manuais de orientações ou educativos para pessoas idosas e seus familiares vem sendo considerados um meio de comunicação eficaz para promover a saúde, pois favorece, além da simples passagem de informações, a prática educativa e trocas de conhecimentos. O manual impresso é considerado como uma tecnologia assistencial, ou seja, dispositivos ou materiais para a mediação de processos de cuidados entre profissionais que utilizam com os pacientes-usuários, seja na atenção primária, secundária e terciária dos sistemas de saúde (COSTA et al, 2013; NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014).

O manual é considerado um livreto que traz informações explicativas e ilustrativas, com linguagem clara e compreensível para a população-alvo selecionada, sobre um determinado cuidado ou procedimento em saúde, podendo ser utilizado como estratégia de instrução pelo enfermeiro e demais profissionais da equipe de saúde para subsidiar as orientações tanto para paciente, cliente, quanto aos seus familiares ou à população em geral, dependendo do objetivo de alcance (ANDRADE, 2011).

Quando utilizado em domicílio por pessoas idosas e familiares, o manual pode ser um instrumento de auxílio e consulta, sendo um elemento facilitador, por trazer as informações escritas com orientações específicas, podendo oferecer suporte a estas pessoas de forma que participem com mais segurança e compreensão do tratamento, e os cuidados, principalmente no âmbito do domicílio (ANDRADE, 2011; OLIVEIRA; LUCENA; ECHER, 2014).

Portanto, o uso de manuais contribui de forma significativa no direcionamento, padronização e dinamização das ações e orientações de educação em saúde realizada pelo enfermeiro ou equipe de saúde, podendo ainda ser um meio promissor de alcance maior de divulgação de informações, principalmente, quando são elaborados de forma artesanal e de baixo custo (ANDRADE, 2011; COSTA et al, 2013).

3 METODOLOGIA



3.1 TIPO DO ESTUDO

A construção e validação do manual de cuidados familiares para pessoas idosas submetidas a neurocirurgia teve como abordagem o método misto, através da pesquisa **Qualitativa (QL)** se deu por meio da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e, a **Quantitativa (QT)** através da **pesquisa metodológica**, por meio da validação da TE.

Minayo (2014, p.362) aborda que a pesquisa quanti-qualitativa é uma estratégia que “propicia meios para que, no desenvolvimento do processo de investigação e de análise, os que implementam as ações se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerado pelo trabalho”. E, ainda, afirma que essa triangulação dos métodos referidos é recomendada para estudos de avaliação, que se aplicará neste estudo.

A pesquisa metodológica visa elaborar um instrumento, através do uso sistemático dos conhecimentos disponíveis, com enfoque na elaboração, validação ou aperfeiçoamentos de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os estudos com o desenvolvimento metodológico têm por finalidade a construção de instrumentos confiáveis, preciso e utilizável, sendo capaz de ser utilizado tanto pelo o público-alvo quanto pelo pesquisador ou qualquer outra pessoa, além de poder ser usado em qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, assim como ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo é descrito em **três etapas: Produção do Manual (primeira – contextualização da TE e segunda etapa – Desenvolvimento da TE) e Validação do Manual (terceira etapa)**. Para o melhor entendimento, o fluxograma (**Figura 1**) mostra os passos das três etapas.

3.1.1 PRIMEIRA ETAPA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA TE

Para iniciar o processo de produção do manual, foi realizado o levantamento de evidências nas pesquisas bibliográficas através da revisão integrativa dos últimos sete anos (2009 a 2015). Além dessa revisão, a execução do manual contou, também, com valorização das percepções vivenciadas pela pesquisadora durante 16 anos na assistência perioperatória em neurocirurgia as pessoas idosas.

Lanzoni; Meirelles (2011) abordam que a RIL, contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de determinado tema.

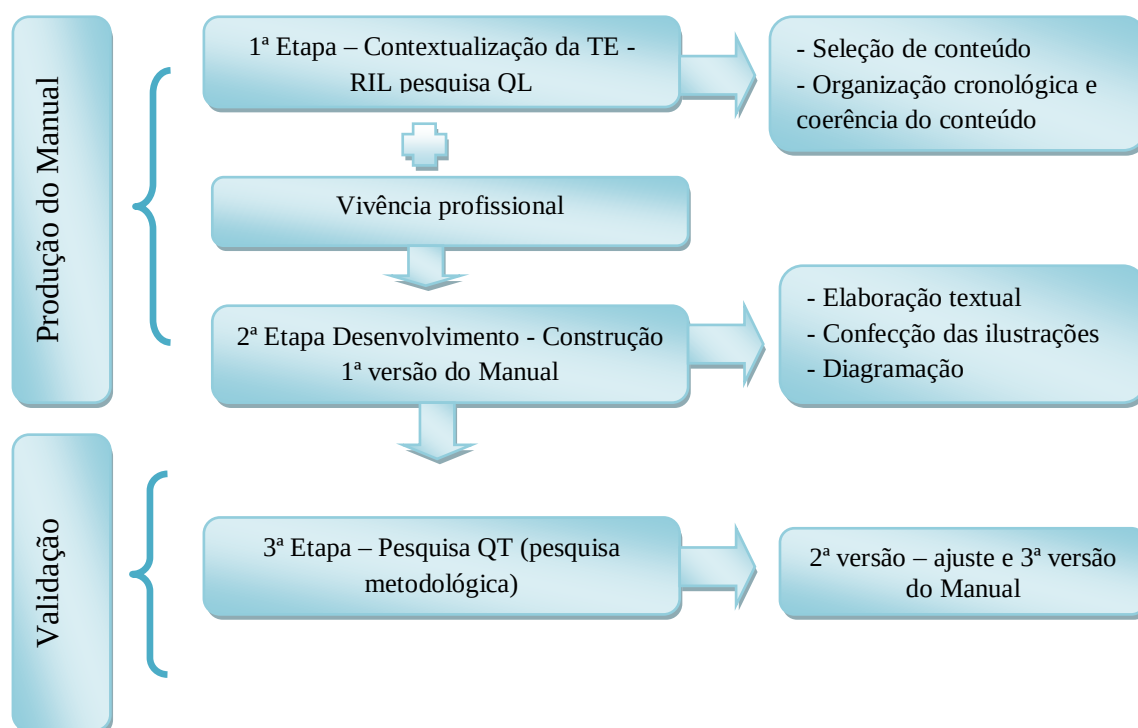


Figura 1 – Fluxograma das etapas de produção e validação do manual

Para execução da revisão integrativa, foram adotadas seis etapas: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabela a partir do *Microsoft Word*, considerando todas as características em comum; análise crítica dos achados e discussão dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Como critério de seleção dos estudos, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas PubMed, LILACS, Scopus e Cochrane onde foram selecionados artigos originais, publicados nos idiomas inglês e português no período entre 2009 a 2015, disponíveis, *online*, na forma completa, devendo ter aderência com a temática relacionada e ser escrito por enfermeiro (a). Foram excluídas editoriais, cartas, artigo de opinião, comentários, resumo de anais, ensaios, trabalho de conclusão de curso.

Para a **organização dos dados da revisão integrativa** foi utilizado um formulário (**APÊNDICE A**), elaborado e preenchido pela pesquisadora, adaptado do estudo de Botelho; Cunha; Macedo (2011). Esse formulário consta de itens relacionados ao título, periódico, ano de publicação, país do estudo, natureza do estudo, objetivo do estudo, tamanho da amostra e quantidade dos sujeitos, método de análise, a teoria ou conceitos utilizados, resultados, nome do descritor do levantamento bibliográfico das publicações sobre os principais cuidados

domiciliares necessários após alta hospitalar de pacientes idosos submetidos à neurocirurgia. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: enfermagem, cuidados domiciliares, idosos, neurocirurgia (português e inglês).

Na **análise dos dados** da revisão integrativa realizou-se a partir da proposta operativa de ordenação dos dados, classificação dos dados. Procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo dos artigos, destacando aqueles que responderão ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e selecionar os dados no formulário proposto (MINAYO, 2014).

A conclusão dessa análise foi finalizada com os destaques dos principais cuidados domiciliares apontados nos estudos necessários para contribuir na recuperação e manutenção da saúde do idoso pós-neurocirurgia. Esses cuidados fizeram parte do conteúdo do manual proposto neste estudo.

3.1.2 SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO - DESENVOLVIMENTO DA TE

Após o encerramento da primeira etapa do processo de produção do manual, seguiu-se o desenvolvimento de criação do manual, que foi realizado obedecendo as seguintes orientações: descrição, clareza e fundamentação teórica dos cuidados a serem realizados e linguagens acessíveis a todas as pessoas independente do grau de instrução; com informações que sejam importantes, atrativas e objetivas de fácil compreensão que atendam às necessidades específicas do que se propõem orientar; o manual consta com ilustrações/desenhos para descontrair, animar facilitando o entendimento do leitor (ECHER, 2005).

As ilustrações (desenhos, imagens, fotografias, símbolos) são importantes para a legibilidade e compreensão de um texto, pois sua função é substituir ou auxiliar os textos. Isso porque as imagens podem ser rapidamente interpretadas e compreendidas, ao passo que é preciso mais tempo para ler e compreender um texto (MARSHALL; MEACHEM, 2010).

Logo após formular o roteiro do manual, houve um encontro com um *designer* gráfico, para o qual foi entregue todo material possível que pudesse subsidiar o desenvolvimento da tecnologia, como textos escritos pela pesquisadora, alguns esboços de ilustrações para a etapa de composição visual ou diagramação que, segundo Marshall; Meachem (2010) é feito o arranjo e a organização dos textos e imagens. Com a conclusão dessa fase ficou pronta a primeira versão do manual em formato de *Portable Document Format* (PDF), com a utilização do programa *Illustrator*, para posterior envio aos juízes especialistas, com vistas ao processo de validação de conteúdo.

3.1.3 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO DO MANUAL

Validação do manual ocorreu através da avaliação de juízes-especialistas (primeiro grupo de avaliadores) e população-alvo (segundo grupo de avaliadores). Os juízes foram responsáveis em avaliar o objetivo, a estrutura, apresentação e relevância, ou seja, fizeram análise do conteúdo do construto, verificando a adequação de cada item. Já a população-alvo avaliou o objetivo, organização, estilo da escrita, aparência e motivação, desse modo, fazendo a análise semântica, que tem por objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para os integrantes da população que a TE (manual) se destina (NASCIMENTO, 2012).

“A validação é um processo em que se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos” (NIETSCHE; TEXEIRA; MEDEIROS, 2014, p.114).

O processo para a validação do manual pelos juízes-especialistas para o melhor entendimento está descritos no fluxograma (**Figura 2**):

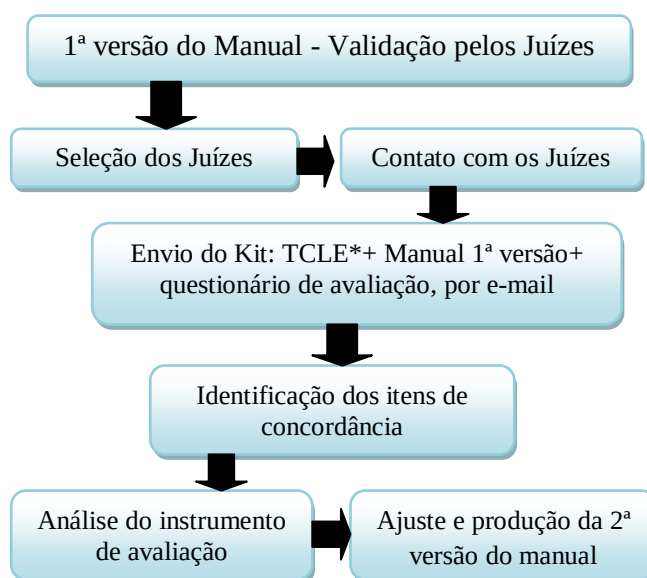


Figura 2: Fluxograma do processo de validação do manual por juízes especialistas.

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a devolução do questionário de validação pelos juízes, foi realizada a análise quantitativa que obteve média acima de 70% de concordância, conforme meta pré-determinada, obtendo-se os ajustes necessários no manual de orientação, conforme as sugestões e comentários, após este processo foi concluído a 2ª versão do manual que em seguida foi realizado a segunda etapa de validação pela a avaliação do público-alvo.

O processo para a validação do manual pelo paciente idoso e seus acompanhantes familiares (público-alvo) para melhor entendimento está descritos no fluxograma (**Figura 3**):

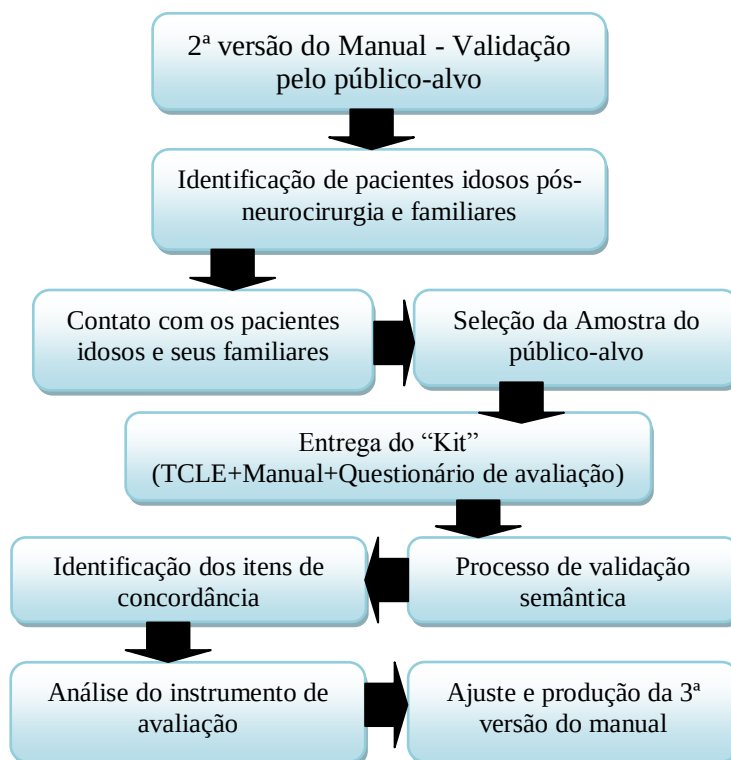


Figura 3: Fluxograma do processo de validação do manual pelo público-alvo.

Nesta etapa, foram selecionados os pacientes idosos, internados no hospital selecionado para o estudo, que foram submetido a neurocirurgia e seus devidos acompanhante familiares (público-alvo). Em seguida, foi realizado o contato com esse público-alvo e, nessa abordagem, foi explicada a proposta do estudo. Os detalhes dessa etapa estão descrita nos resultados.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo na etapa de validação do público-alvo foi realizado no hospital e pronto socorro “Dr. João Lúcio Pereira Machado” da rede pública, referência em traumatologia no Estado do Amazonas, situado na cidade de Manaus, zona leste da capital. Possui uma equipe de profissionais de diversas especialidades médicas, enfermagem, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmácia, psicologia, assim como, outros profissionais de suporte ao atendimento dos usuários, a exemplo dos profissionais de laboratório, imagem (RX, ultrassonografia, tomografia computadorizada), técnicos e auxiliares de enfermagem.

É composto por 204 leitos que se destinam às mais diversificadas especialidades, como ortopedia, cirurgia geral, vascular, cabeça e pescoço, incluindo a neurologia clínica e

cirúrgica. O hospital tem sua estrutura dividida em três andares: térreo com politrauma, reanimação, enfermaria de observação, centro-cirúrgico possui seis salas operatória e oito leitos de recuperação pós-anestésica, central de material esterilizado, lavanderia, almoxarifado, farmácia, capela, necrotério e refeitório; no primeiro andar enfermarias da clínica-médica e setor administrativo; no segundo andar enfermarias cirúrgicas de especialidades cirurgia geral e ortopédica; no terceiro andar enfermarias cirúrgicas neurológicas, vascular e cabeça e pescoço.

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes idosos internados na enfermaria cirúrgica neurológica que possui 46 leitos, tendo em média 25 pacientes idosos internados diariamente com seus respectivos acompanhantes. Geralmente esses pacientes são submetidos a cirurgias provenientes do AVC hemorrágico e TCE.

Em relação à escolha do hospital, justifica-se por ser campo de atuação da pesquisadora em suas atividades assistenciais por dezessete anos e docentes com alunos de graduação em enfermagem por sete anos. Essa experiência possibilitou identificar que a orientação de alta dos pacientes idosos submetidos a neurocirurgia é realizada apenas através de orientações verbais, dificultando o entendimento para a realização da continuidade dos cuidados na residência dos mesmos e, desse modo, retardando a alta hospitalar por despreparo e insegurança para assumir esses cuidados, tanto pelos pacientes idosos como seus familiares.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa para validação do construto: 11 profissionais (**juízes-especialistas**); e (**público-alvo**) que é composta por 04 pacientes idosos e 04 de seus familiares no pós-operatório de neurocirurgia que estavam internados na enfermaria cirúrgica no período da coleta de dados, que obedeçam aos critérios de inclusão e exclusão.

Os participantes do estudo foram selecionados utilizando-se uma amostragem não probabilística proposital (ou amostragem intencional), este tipo de amostragem possibilita que o pesquisador decida propositalmente sobre a seleção dos sujeitos considerados conhecedores das questões estudadas, pois se tem interesse na opinião e na contribuição de sujeitos que são considerados típicos da população e que conheçam ou convivam com o tema-foco da pesquisa (POLIT; BECKER, 2011).

Quanto ao número ideal de juízes para o processo de validação de conteúdo, a literatura é bastante diversificada, optou-se por 11 juízes avaliadores conforme a recomendação de Nietsche, Teixeira e Medeiros (2014), que refere, em relação aos juízes, o

número pode variar entre 9 a 15. Desta forma, ainda que haja alguma desistência, será mantido um número adequado para avaliação do conteúdo.

Os representantes da público-alvo, segundo Teixeira e Mota (2011) devem ser selecionados segundo critérios de perfil, ou seja, farão parte do público-alvo aquelas pessoas que apresentem perfil convergente aos daqueles a que se destina a tecnologia educativa, no caso do estudo o manual proposto, as autoras recomendam que o grupo seja de 9 a 12 integrantes, com diferentes níveis de escolaridade se possível, como no trabalho foram selecionados os pares de pacientes e seus acompanhantes que estivessem internados no período da coleta de dados, optou-se por 8 pessoas no total, visto que não havia, durante aquele período, maior quantidade que se enquadrasse nos critérios de inclusão.

Em relação à participação de pacientes idosos e seus familiares, conforme Echer (2005) a avaliação do conteúdo do manual por pacientes e familiares que vivenciam, de alguma forma, a temática abordada se faz necessário e se torna um ganho importante para o pesquisador e a equipe envolvida. Nesse momento da avaliação pode-se perceber o que realmente está faltando o que não foi compreendido e entendido pelo paciente ou seu familiar. E, ainda, enfatiza que, se um paciente não consegue entender, outros pacientes também não entenderão, sendo assim, é possível fazer as alterações necessárias no manual.

Os juízes-especialistas foram formados por cinco enfermeiros, um fisioterapeuta, um neuro-cirurgião, dois geriatra, um pedagogo, um designer gráfico. O maior número de enfermeiros justifica-se por que o manual, depois de concluído, poderá ser utilizado no preparo da alta pelos enfermeiros ao realizar as orientações juntos aos pacientes idosos e seus familiares.

A escolha dos juízes-especialistas foi realizada através busca dos currículos na plataforma *Lattes*. Esse grupo de avaliadores devem seguir os critérios de *expertises*, que sejam profissionais com experiência, vivência e grau de conhecimento reconhecido no assunto-foco da tecnologia educacional proposta. Nietzsche; Teixeira; Medeiros (2014) abordam que é importante: “que além dos especialistas, haja no grupo de avaliadores um pedagogo, um designer gráfico e um comunicador social, se for possível” (p.115).

A **inclusão** dos juízes seguiu os critérios, conforme adaptação de Oliveira (2006): titulação de doutor, mestre; titulação com especialidade na atenção à saúde do idoso, estar atuando ou já ter atuado na área de ensino; ter trabalhos publicados relacionados à saúde do idoso, educação em saúde ou construção de tecnologias; estar atuando ou já ter atuado na área de neurocirurgia ou geriatria. Fizeram parte deste comitê apenas os juízes cujo perfil preencheram pelo menos três ou mais critérios com o escore total mínimo de **5 pontos**

(**Quadro 1**), exceto os profissionais de pedagogia e designer gráfico, tendo em vista que eles avaliaram o manual de acordo com a didática e com a aparência.

Quadro 1 – Critérios de escolha para a composição do comitê de validação do manual pelos juízes especialistas da área de saúde.

Critérios	Descrição	Pontos
Titulação	Doutorado em enfermagem	3
	Mestrado em enfermagem	2
	Doutor na área da saúde	3
	Mestre na área da saúde	2
	Especialista/ residência em neurocirurgia	1
Experiência Profissional	Assistência hospitalar mínima de dois anos nas áreas: clínica de neurocirurgia; saúde do idoso; unidade de terapia intensiva.	2
	Docência mínima de 1 ano nas temáticas: neurocirurgia; neurologia; saúde do adulto e idoso.	2
Produção Científica	Dissertação, tese ou monografia nas temáticas: neurocirurgia; neurologia; saúde do idoso.	2
Continuação	Artigos publicados: neurocirurgia; neurologia; saúde do idoso.	1
	Orientação de trabalhos científicos na saúde do idoso.	1

Fonte: Oliveira (2006).

Como critério de **exclusão** versou em: os juízes que solicitarem ajuda de custo; que permanecessem por mais de um mês sem devolver o questionário do estudo e não comunicar o motivo à pesquisadora.

Quadro 2: Critérios de escolha para a composição do comitê de validação do manual pelos juízes especialistas de outras áreas.

Critérios	Pontos
Pós-graduação <i>stricto-sensu</i>	2
Especialização na área de atuação	1
Experiência na docência na área de atuação	2
Autoria em trabalhos publicados em periódicos	1
Orientação de trabalhos científicos na área de atuação	1

Fonte: Adaptado de Oliveira (2006).

Os critérios para os profissionais de outras áreas mostrado no **(Quadro 2)** como o pedagogo e designer gráfico, também foi obedecidos por meio de busca do currículo na plataforma *Lattes* e os que alcançarem no mínimo **3 pontos** dos critérios foram incluídos na pesquisa.

A **seleção do público-alvo** foi feita seguindo os critérios de **inclusão** adaptado de Andrade (2011):

- **Cuidadores familiares** de pacientes idosos submetidos a neurocirurgia que estivessem internados na enfermaria cirúrgica no período da coleta de dados (**validação**), ser familiar ou pessoa importante nas relações com o paciente idoso, ser o cuidador domiciliar após a alta hospitalar, acompanhar regularmente o paciente durante o período de internação hospitalar, ter mais de 18 anos.

- **Pacientes idosos:** foram aqueles que estivessem internados na enfermaria cirúrgica submetidos a neurocirurgia no período da coleta de dados (**validação**), que aceitaram participar do estudo, que estivessem lúcidos, orientados e que conseguissem assinalar o questionário de avaliação.

Como critério de **exclusão:** familiares e pacientes que solicitem alguma ajuda financeira para participar do estudo.

3.4 COLETA DE DADOS - VALIDAÇÃO: INSTRUMENTOS E TÉCNICA

Os instrumentos de coleta de dados para a validação do construto foi composto por dois **Questionários de avaliação I e II (APÊNDICE B e C)**.

O **Questionário de avaliação I** foi aplicado aos **juízes-especialistas** e constaram de **duas etapas**, na primeira com dados de identificação dos participantes e na segunda etapa contendo instruções de preenchimento e tópicos de avaliação do manual relacionados à objetivos da TE (com cinco itens) estrutura e apresentação da TE (com dez itens) , relevância (com cinco itens) da TE e espaço para comentários/sugestões.

O **Questionário de avaliação II** foi aplicado aos pacientes idosos e seus familiares (**público-alvo**), constando na primeira etapa, dados de identificação dos participantes e, na segunda etapa, instruções de preenchimento e tópicos para avaliação do manual relacionados aos objetivos (com três itens), organização (com sete itens), estilo de escrita (com seis itens), aparência (com quatro itens), motivação (com seis itens) e comentários/sugestões. Os formulários foram retirados e adaptados do estudo de Teixeira e Mota (2011).

Os participantes receberam um **kit** contendo a **carta convite**, o **TCLE**, uma **via do manual** e um **questionário de avaliação**. Os primeiros contatos com os juízes-especialistas foram feitos através de *e-mail* com o fim de obter concordância em participar da pesquisa. Após o aceite de todos, receberam o *kit* por *e-mail*, sendo orientados a realizar a devolução da avaliação em até quinze dias.

Os pacientes idosos e seus familiares receberam o **kit** pessoalmente das mãos da pesquisadora, na enfermaria neurocirúrgica no hospital, local do estudo, onde foram verificados aqueles que podiam participar da pesquisa. No primeiro momento houve a apresentação da pesquisadora e foi explicado o objetivo do estudo e, após, a aceitação e a assinatura do TCLE, por solicitação dos pacientes e familiares foi realizado a leitura compartilhada do manual, e explicação do questionário de avaliação, onde os familiares e pacientes idosos preferiram preencher e fazer à entrega imediata a pesquisadora.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para **análise da validação do manual educativo**, após a devolução dos questionários de avaliação I e II pelos juízes-especialistas, paciente, familiares cuidadores os formulários foram revisados, codificados e realizados a **análise quantitativa** das respostas dos itens de cada bloco avaliativo segundo as diferentes valorações.

No estudo, o questionário usado constava como respostas avaliativas nos itens a **Escala de Likert**, assim denominada em homenagem ao sociólogo Rensis Likert. Esta escala pede ao sujeito da pesquisa que responda a uma pergunta com escala de graus variados em intensidade, entre dois extremos, ancorados por respostas tais como concordo veemente ou discordo veemente. Os pontos entre dois extremos podem variar 1 a 7 (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Neste estudo a escala de Likert corresponde a **variação de 1 a 4**, onde **1** corresponde a **TOTALMENTE ADEQUADO (TA)**, **2** a **ADEQUADO (A)**, **3** a **PARCIALMENTE ADEQUADO (PA)** e **4** **INADEQUADO (I)**.

Os dados coletados foram tabulados no *Microsoft Office Excell*, e apresentados sob a forma de quadros e tabelas. Para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.

A análise e interpretação dos dados foram precedidas pela descrição das características de interesse do estudo e pela utilização de técnicas e medidas que comprovem a confiabilidade e a validade dos itens abordados. A confiabilidade de uma medida quantitativa

é o principal critério para a investigação de sua qualidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a análise da representação comportamental dos juízes-especialistas e público-alvo foi utilizado o valor da estatística calculada que correspondeu à média aritmética dos escores dos itens analisados: Valor de **(1)** usado quando a avaliação for **positiva**, ou seja, quando houver **concordância = respostas TA ou A**; **0 (zero)** quando a resposta foi nem positiva ou nem negativa, ou seja, **indecisão = PA**; e **(-1)** quando a resposta for **negativa**, ou seja, **discordância = I**. Foram considerados validados os itens que obtiverem nas respostas índice de concordância entre os juízes-especialistas e população-alvo igual ou superior a **70%**. Procedeu-se a uma análise bloco por bloco, fazendo os respectivos destaques. (NIETSCHE; TEXEIRA; MEDEIROS, 2014).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo, em concordância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Inicialmente, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), em respeito aos direitos dos indivíduos sujeitos da pesquisa atentando-se aos princípios éticos de benefícios do estudo, privacidade, não maleficência, justiça, autonomia e veracidade (BRASIL, 2012).

A coleta de dados só foi realizada após a aprovação do CEP/UFAM com o N. CAAE 51 300415.0.0000.5020.

Ainda em atendimento a referida resolução, foram elaborados dois TCLE (**APÊNDICES D e E**), sendo um para os juízes-especialistas e um para o público-alvo, em linguagem simples e acessível, com destaque da garantia de acesso às informações por meio da pesquisadora e o direito à autonomia, podendo declinar da pesquisa a qualquer momento de sua escolha, sem sofrer qualquer tipo de penalização, o qual será assinado pelos sujeitos da pesquisa e a pesquisadora após anuência voluntária e esclarecimento realizado sobre objetivos, forma de participação, metodologia, importância do estudo, respeito ao anonimato e sigilo.

Após esclarecimento, aceitação voluntária e assinatura do TCLE, a pesquisadora entregou uma cópia do referido Termo ao sujeito da pesquisa.

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Riscos: Foram mínimos, pois a efetivação do estudo deu-se por meio de resposta individual do questionário de avaliação do manual proposto. O ato de responder o formulário talvez pudesse causar algum tipo de desconforto ao participante da pesquisa, porém, não era do desejo da pesquisadora que isto ocorresse. Caso viesse a ocorrer qualquer desconforto, o participante seria esclarecido que poderia deixar de responder a avaliação a qualquer momento que desejasse.

Benefícios: O estudo contribuirá para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, assim como trazer subsídios para o campo da enfermagem e demais membros da equipe de saúde. Além ajudar a pessoa idosa submetida à neurocirurgia e seus familiares na continuidade dos cuidados para a manutenção da saúde, reabilitação e melhoria na qualidade de vida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Nesse capítulo são apresentados os resultados e discussão das etapas deste estudo: **Primeira etapa**, através da **RIL** que gerou o primeiro manuscrito, que foi publicado na Revista *Scientia Amazonia*. **Segunda etapa** sobre a **construção do manual** que gerou o segundo manuscrito, relato de experiência com os passos da construção do manual, foi submetido à Revista da Universidade Federal de Santa Maria (REUFSM). Na **terceira etapa**, mostra o **processo de validação do manual**, começando pela a **caracterização do perfil dos juízes-especialistas e público-alvo** e, em seguida, especifica a análise das respostas dos juízes-especialistas e população-alvo.

4.1 Primeira etapa: RIL – Manuscrito 1



Scientia Amazonia, v. 5, n.3, 47-55, 2016

Revista on-line <http://www.scientia-amazonia.org>

ISSN:2238.1910

Orientações de cuidados necessários para compor um manual para familiares de idosos submetidos a neurocirurgia: uma revisão integrativa¹

Gisele dos Santos Rocha², Ana Paula Pessoa de Oliveira³, Arinete Vera Fontes Esteves⁴

Resumo

A pessoa idosa submetida a neurocirurgia frequentemente necessitará de cuidados após a alta hospitalar, seja por sequelas ou alguma incapacidade física causada pelo comprometimento neurológico. Objetivo: realizar o levantamento dos principais cuidados necessários à pessoa idosa submetida a neurocirurgia para compor um manual de orientações para familiares após alta hospitalar. O estudo teve como método a revisão integrativa da literatura, constando de seis etapas. Foram utilizados estudos primários indexados na base de dados LILACS, Scopus, PubMed e Cochrane. Utilizando os descritores “idosos”, “enfermagem”, “neurocirurgia”, “cuidados domiciliares”, “elderly”, “nursing”, “homecare”, “neurosurgery”. Foram encontrados 445 artigos e, conforme os critérios de inclusão e exclusão, 11 artigos fizeram parte do estudo onde os principais cuidados domiciliares citados foram: higiene pessoal, prevenção de úlceras, massagem de conforto, medicamentos, alimentação oral e enteral, cuidados com dispositivos e curativos. Essa realidade demonstra que a maior demanda de cuidados citada nos artigos, está direcionada para o auxílio na funcionalidade do idoso no que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), bem como cuidados técnicos relacionados a dispositivos e feridas cirúrgicas.

Palavras-Chave: idoso, enfermagem, cuidados domiciliares, neurocirurgia.

Abstract

Care guidelines necessary to compose a manual for relatives of elderly patients undergoing neurosurgery: an integrative review. The elder submitted to neurosurgery often need care after discharge, either sequela e or physical disability caused by neurological disease. The aim of the study was to survey the main home nursing care to elderly affected by neurosurgical disorders addressed in scientific publications in the last six years in order to fulfill the first stage of the dissertation on the construction and validation of a "Manual care for older people undergoing neurological surgery." The study was done by integrative literature review of primary studies indexed in the Lilacs database, Scopus, PubMed e Cochrane. Using the keywords "elderly", "nursing", "neurosurgery", "home care", "elderly", "nursing", "homecare", "neurosurgery" joined by the Boolean operator "and". They found 445 articles and according to the inclusion and exclusion criteria were selected 11 articles where the main cited home care were: personal hygiene, prevention of bedsores, comfort massage, medicine, oral and enteral feeding, care devices and dressings. This reality demonstrates that the increased demand for care, quoted in articles, is directed to aid the elderly functionality in relation to Daily Life Basic Activities (BADL) as well as technical care related to surgical devices and wounds.

Keywords: elderly, nursing, home care, neurosurgery

1.Introdução

O envelhecimento da população mundial é uma realidade crescente, projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, no terceiro milênio, o Brasil deverá se situar entre as nações do mundo com maior número de pessoas idosas. Com esse cenário, a tendência é o aumento cada vez maior de pessoas idosas com patologias crônicas e, conseqüentemente, há o aumento no número de cirurgia, sequelas e incapacidades funcionais nessa população, sendo cada vez maior o número de pessoas idosas que precisam de cuidados, tanto institucionais como domiciliar (BRASIL, 2010).

Há previsão que em 2030, as quatro principais causas de morte no mundo serão por cardiopatias isquêmicas, os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), e Síndrome Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônicas (DPOC). Dentre essas doenças, as que causam mais sequelas e incapacidades físicas e mentais nas pessoas idosas são as decorrentes das causas neurológicas (MENDOZA-SUÁREZ, 2014).

Os distúrbios neurológicos, por patologia ou trauma, são comuns nas pessoas idosas, devido à presença de comorbidades ou decorrente de fragilidades atribuídas à própria idade. Tais fatores vêm gerando o aumento das intervenções cirúrgicas nessa população como alternativas de tratamentos, havendo a necessidade de cuidados específicos, não só em todo período perioperatório hospitalar, mas também após alta, com continuidade no domicílio (BAUMANN et al, 2014).

Após a alta hospitalar, os familiares, diante da nova realidade, se tornam atores essenciais para suprir os cuidados domiciliares que são necessários para a manutenção e recuperação da pessoa idosa. Porém, esses cuidados, muitas vezes, são realizados sem o devido conhecimento ou de forma improvisada pelos familiares em função desses não serem devidamente capacitados para tal atividade (CARVALHAIS; SOUSA, 2013).

Desse modo, o enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, deve agir como facilitador para o entendimento e esclarecimento de todo o processo vivenciado pela pessoa idosa e seus familiares no período perioperatório, através do planejamento da assistência de enfermagem, enfatizando as orientações durante a internação, assim como também preparando os familiares e a própria pessoa idosa para o cuidado domiciliar (SOUZA, 2014).

Em relação ao preparo da alta do paciente e de seus familiares, os enfermeiros podem contar com as ferramentas proporcionadas pelo uso das tecnologias educacionais, como os manuais de orientação que buscam possibilitar o melhor aprendizado dos envolvidos no

processo de cuidado, fornecendo mais segurança e apoio no dia a dia (CARVALHO, RODRIGUES E BRAZ, 2013).

Este estudo teve como objetivo realizar o levantamento dos cuidados domiciliares necessários para compor um manual para familiares de idosos submetidos a neurocirurgia, por meio de uma exaustiva busca nas publicações científica. Este estudo faz parte da primeira etapa da dissertação de mestrado intitulada “cuidados domiciliares após neurocirurgia: construção e validação de um manual para idosos e familiares”.

2. Metodologia

Estudo descritivo, retrospectivo, por meio da revisão integrativa da literatura, modalidade de pesquisa mais ampla referente a revisões, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, questões teóricas ou empíricas, para uma compreensão completa do fenômeno analisado (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Para execução dessa revisão, foram adotadas seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de quadros a partir do *Microsoft Word*, considerando todas as características em comum; análise crítica dos achados e discussão dos resultados (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Esta pesquisa teve como questão norteadora: Quais os cuidados domiciliares, abordados nos estudos científicos, e que são necessários à pessoa idosa submetida a neurocirurgia?

Como critérios de inclusão, elegemos os estudos primários relacionados a: as categorias de artigo (original, revisão de literatura, atualização, relato de experiência.); artigos com resumos e textos completos disponíveis *online* para análise, ser escrito por enfermeiros, bem como ter aderência com a temática relacionada ao cuidado de enfermagem domiciliar a pessoa idosa submetida à neurocirurgia; aqueles publicados nos idiomas português e inglês entre os anos 2009 e 2015. Como critérios de exclusão não foram utilizados artigos não disponíveis na íntegra, teses, dissertações e artigos cujos títulos não estavam relacionados ao tema ou não retratassem sobre os cuidados domiciliar a pessoa idosa após neurocirurgia.

A seleção dos estudos aconteceu através da busca online nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), *National Library of*

Medicine (PubMed), *Elsevier SciVerse Scopus* e *The Cochrane Library*. A pesquisa foi realizada *on-line* no período de junho de 2016.

Para a coleta de dados foi consultado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e utilizado os seguintes descritores alternando combinações da língua inglesa e portuguesa: idoso (*elderly*), enfermagem (*nursing*), neurocirurgia (*neurosurgery*), cuidados domiciliares (*homecare*) unidos pelo operador lógico booleano “*and*”.

Para a organização e tabulação dos dados, a pesquisadora elaborou um formulário de coleta de dado que constavam: Autor, título, base de dados, ano de publicação, país do estudo, natureza do estudo, objetivo do estudo, método de análise, nome do descritor.

Na análise dos dados os resultados da caracterização das publicações são apresentados em quadros e usando a abordagem qualitativa. Os dados são discutidos a fim de traçar os cuidados domiciliares necessários para a pessoa idosa que foi submetida a neurocirurgia (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

3. Resultados

Inicialmente, em todos os portais selecionados para o estudo, utilizou-se a busca pelos artigos por meio de todos os descritores do estudo e, posteriormente, realizaram-se os cruzamentos dos descritores: idoso *and* “cuidados domiciliares”; idoso *and* neurocirurgia; idoso *and* enfermagem, repetindo na língua inglesa. Ao final da pesquisa foram localizados 445 artigos. Após a leitura do título e dos resumos, foram selecionados 30 artigos, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Porém, 10 artigos deles não disponibilizava o texto na íntegra para leitura, apesar de ter sido filtrado como texto disponível. Depois da leitura na íntegra, foram excluído 9 por não atenderem os critérios de inclusão, como repetição e sem aprofundamento com a temática.

Os artigos na língua inglesa encontrados não corresponderam à temática. A maioria encontrada fazia referência à reabilitação de idosos em instituições de longa permanência ou não citavam os cuidados domiciliares em idosos após neurocirurgia.

Atenderam aos critérios de inclusão 11 artigos, sendo 10 realizados no Brasil e 1 em Portugal, conforme apresentado **na quadro 3**.

Quadro 3. Artigos pesquisados segundo autores, título, país, base de dados e ano da publicação, objetivo geral.

Autor e nº	Título do Artigo	País	Base de dados e ano	Objetivo geral
1-Santos et al	Regime terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio	Brasil	LILACS, 2009	Levantar os principais erros apontados pela produção científica em enfermagem que determinam a inadequação do regime terapêutico de idosos acamados no domicílio.
2-Martins et al	O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais	Brasil	LILACS, 2009	Conhecer o discurso dos profissionais de uma equipe do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do idoso/ família sobre o cuidado no contexto do domicílio.
3-Souza et al	O cuidado domiciliar de idosos acometidos por AVC: cuidadores familiares	Brasil	LILACS, 2009	Descrever as características dos idosos acometidos por AVC e de seus cuidadores familiares; identificar os cuidados realizados no domicílio pelos familiares.
4-Pedreira; Lopes	Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu AVC.	Brasil	PubMed, 2010	Identificar a produção do conhecimento sobre AVC no idoso cuidado no domicílio.
5-Lessmann et al	Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram AVE	Brasil	PubMed, 2011	Relatar/compartilhar a experiência de cuidador de Enferm. desenvolvido junto ao indivíduo acometido pelo AVE, com ênfase na reabilitação e autocuidado tendo por base a teoria geral de enferm. de Orem.
6-Israel, Andrade, Teixeira	A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional	Brasil	LILACS, 2011	Identificar características e percepções do cuidador familiar quanto ao processo de recuperação física de idosos que receberam alta hospitalar em condição de incapacidade funcional.
7-Carvalhais, Sousa	Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes	Portug	LILACS, 2013	Contribuir para a compreensão de factores envolvidos na qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidado domiciliar.
8-Carvalho, Rodrigues, Braz	Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação	Brasil	LILACS, 2013	Avaliar a repercussão de estratégias de educação em saúde direcionadas aos cuidadores durante a internação.
9-Rodrigues et al	Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa	Brasil	Scopus, 2013	Examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral
10-Oliveira et al	Avaliação de pacientes com AVC acompanhados por programas de assistência domiciliária.	Brasil.	Scopus, 2013.	Conhecer o perfil dos pacientes com AVC em tratamento domiciliar, quanto à capacidade funcional, estado mental e análise antropométrica.
11-Souza et al	Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar	Brasil	LILACS, 2014	Analisar o perfil do cuidador familiar dos pacientes dependentes e em uso de dispositivos de assistência.

Quanto ao ano de publicação, a maior quantidade de artigos foi publicada em 2013, com quatro publicações, seguido de 2009 com três, 2011 com duas, 2010 e 2014 com uma publicação. Apesar da busca feita em 2016 não foi encontrado nenhum artigo segundo os critérios de inclusão no ano de 2015, pois nesse ano a maioria dos artigos identificados se reportava a temática dos cuidadores familiares, referente ao perfil dos cuidadores, à sobrecarga dos cuidadores familiares. Isso pode ser justificado pela mudança no perfil

epidemiológico que vem ocorrendo nas últimas décadas com o aumento da longevidade associado às doenças crônicas não transmissíveis que geram dependência de cuidados domiciliares, levando os pesquisadores a se preocuparem sobre estudos que demonstre a realidade vivenciada pelos cuidadores familiares.

Costa et al (2015) destacam, em estudo, sobre a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com sequelas neurológicas. Segundo experiência relatada pelos cuidadores familiares, a responsabilidade pelo cuidado do seu ente dependente se torna uma tarefa exaustiva e estressante, seja pelo envolvimento afetivo ou pela transformação de uma relação antes de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o próprio cuidador, ao desempenhar tarefas relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial da pessoa, passa a ter a sua própria vida restringida.

Os cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida a neurocirurgia citados nos estudos, mostrados no **quadro 4** foram agrupados conforme proporção de citação, a saber: Cuidados com a higiene corporal – banho diário, higiene oral, higiene íntima, troca de fralda (100%), cuidados com alimentação – via oral ou sonda enteral (63,6%), cuidados com aspiração – TQT ou boca e nariz (54,5%), cuidados com mobilidade – transferência da cama para cadeira, ajudar a andar (45,4%), cuidados com mudança de decúbito – mudar de posição na cama ou cadeira (45,4%) , cuidados com medicamentos – vias convencionais ou por sonda (45,4%), curativos – limpeza em inserção de sondas, úlcera de pressão e incisão cirúrgica (18%).

A **quadro 4** destaca os cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida à neurocirurgia que foram extraídos dos estudos pesquisados.

Quadro 4: Número dos artigos/ cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida à neurocirurgia.

Artigo Nº	Cuidados citados
1	Cuidados com as intervenções adequadas referentes ao uso de medicamentos.
2	Cuidados de higiene corporal: Banho no leito e aspersão, oral, íntima, troca de fralda; cuidados na deambulação/cadeira de rodas; Cuidados para alimentação oral.
3	Cuidados com higiene corporal, oral, troca de fralda, ajuda na deambulação, cuidados com alimentação, medicação, mudança de decúbito e acompanhamento nas consultas.
4	Cuidados gerais com idoso sequelado dependente.
5	Cuidados com o posicionamento na cama; mudança de decúbito; atividades de alongamento de membros afetados; utilização de barras de apoio, andador, bengala de quatro pontos; orientação de prevenção de quedas e subida de escadas; terapia ocupacional.
6	Cuidados de higiene corporal; mudança de decúbito; transferências: cama/cadeira/carro; analgesia; aplicação de pomadas; massagens e compressas; Verificação de Pressão arterial (PA); Temperatura (T); Nebulização.
7	Cuidados de higiene corporal; mudança de decúbito; SVD/SVA; prevenção de quedas; curativos; administração de medicações injetáveis; mobilização e conforto.
8	Cuidados de higiene corporal; aspiração traqueal; SNE e cuidados gerais com Paciente acamados.
9	Cuidados ao idoso dependente; cuidados de higiene corporal; Alimentação.
10	Cuidados com medicamentos; cuidados com dependência total; curativo; com traqueostomia; sonda vesical; dieta enteral e alimentação.
11	Cuidados com o uso de Traqueostomia (TQT)/ aspiração; Curativo; Sonda nasoenteral (SNE); Gastrostomia (GTT); Sonda vesical de demora (SVD)/ de alívio (SVA); Colostomia.

4. Discussão

Na maior parte das pesquisas selecionadas, os cuidados são citados a pessoa idosa com sequelas neurológica, acometidos, principalmente por Acidente Vascular Cerebral (AVC) que foi referenciado em 100% dos estudos como a principal patologia abordada. No entanto, a maioria desses estudos não detalhou o tipo de AVC, se isquêmico ou hemorrágico, embora houvesse algumas citações que apontassem para os cuidados domiciliar aos idosos submetidos há procedimento cirúrgico neurológico, como cita o estudo de Rodrigues (2013), que refere a presença do AVC do tipo hemorrágico na pessoa idosa. Atualmente em nosso país as Doenças Cerebrovasculares (DCBV) se encontram como uma das grandes causas de morbimortalidade, atingindo, em grande proporção, a população idosa, devido à importante relação entre a idade e incidência da doença que dobra a cada nova década de vida. (BENSENÖR et al, 2015).

Carvalho (2013) cita, no seu estudo, além do AVC, também o Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) na pessoa idosa e, no estudo de Santos (2009), são citados AVC e Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC). Essa infecção é proveniente de um procedimento cirúrgico. Logo, conclui-se que a pessoa idosa desse estudo foi submetida a um procedimento cirúrgico.

Mendoza-Suárez (2014) destaca que o AVC hemorrágico e TCE são as principais causas de neurocirurgia nas pessoas idosas. O TCE é comum ocorrer na pessoa idosa, principalmente, pela prevalência de quedas em decorrência da senescência ou pela senilidade.

Apesar da falta do detalhamento nos estudos selecionados dentro desses sete anos pesquisados sobre a neurocirurgia a qual a pessoa idosa foi submetida, tornou-se possível identificar, com a leitura detalhada dentro do corpo dos estudos, que a “pessoa idosa” citada nas pesquisas foi submetida a cirurgia neurológica.

A ser submetido a neurocirurgia, a pessoa idosa e seus familiares responsáveis necessitam conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios para poderem contribuir durante a internação e assumir adequadamente essa tarefa após a alta hospitalar quando necessário. Além de desenvolver novas habilidades, do ponto de vista técnico, a família ou o próprio paciente necessitam de apoio, do ponto de vista psicológico, para superar situações específicas como: restrições da pessoa idosa que podem ficar limitados ao leito, dependência de cuidados básicos como alimentação, higiene, uso de medicação, cuidados com dispositivos como sondas e drenos, dentre outros (LESSMANN et al, 2011).

Em relação aos cuidados citados nos estudos selecionados, conforme demonstrados no **quadro 4**, 100% dos estudos fizeram menção à higiene corporal por meio do banho na cama, banho no banheiro, higiene oral e íntima, troca de fralda, cuidados esses essenciais para o

conforto, higiene e recuperação da saúde da pessoa idosa principalmente no caso de dependência por doenças crônicas neurológicas. Lopes et al (2013) referem que o banho é um momento mais íntimo e privativo, em que a pessoa tem contato com seu corpo e, quando se torna dependente desse cuidado por outra pessoa, a pessoa idosa necessita se sentir segura quando esse procedimento for realizado. De outro modo, a pessoa idosa poderá sentir ansiedade e angústia. Neste caso, a enfermagem, por meio da orientação, torna-se fundamental para o entendimento e aceitação por parte da pessoa idosa que os vai receber.

Os cuidados com alimentação por via oral ou por sonda foi citado em 63,6% artigos. A alimentação na pessoa idosa, dependentemente do tipo que seja oral ou enteral por sonda precisa ser monitorada pelo enfermeiro que deve instruir os familiares e a própria pessoa idosa, tanto no preparo como na manipulação dos alimentos. As orientações são necessárias devido às alterações nutricionais decorrente do processo natural do envelhecimento, como a saúde oral, alteração na diminuição da sede, alterações gastrintestinal, doenças crônicas, medicamentos, problemas de imobilidade física, aspectos sociais e econômicos, que podem levar a desnutrição e desidratação, comprometendo a saúde da pessoa idosa (ELIOPOULOS, 2011; LIMA et al, 2014).

É importante estimular a pessoa idosa a se alimentar e se hidrata. Para isso, é necessário que alimentação, incluindo a hidratação, seja saudável e com um bom valor nutricional, respeitando a preferência individual, os hábitos e costumes regionais e, ainda, a situação econômica. Dessa maneira, o momento da alimentação será mais fácil de aceitação por parte da pessoa idosa que sentirá mais prazer em alimentar-se (ELIOPOULOS, 2011).

Os cuidados com aspiração sejam por TQT ou boca e nariz, foram citados em 54,5% nos artigos pesquisados. Essas atividades mais complexas requerem treinamento por parte da equipe de saúde e supervisão domiciliar. Carvalho, Rodrigues e Braz (2013) relatam que as praticas educativas durante a internação hospitalar facilitam a execução dessas técnicas tão específicas para o preparo dos cuidados domiciliares pelos familiares que se sentem mais preparados e seguros.

Souza et al (2014) pesquisaram sobre o uso de dispositivos pelo cuidador no domicílio, onde encontraram elevada incidência de pessoas idosas em uso de TQT e oxigenação, portadores de doenças crônicas, incluindo as neurológicas, com sequelas e necessidade de cuidados paliativos. Destacam, também, que é imprescindível a realização do planejamento da alta por meio de orientações e cuidados individuais realizados pela de equipe de saúde e, em especial, pelo enfermeiro, assegurando a continuidade do tratamento no domicílio, evitando, assim, complicações e reinternações desnecessárias.

Os cuidados com mobilidades e mudanças de posição foram citados em 45,4% dos artigos. As doenças neurológicas em especial o AVC é uma das principais doenças que atingem os idosos e a que mais causa incapacidades físicas, gerando dificuldades na mobilidade, ou seja, ocorre a supressão de todos os movimentos de uma ou mais articulações, impedindo a mudança de posição corporal dessas pessoas (ELIOPOULOS, 2011).

Lessmann et al (2011) estudaram sobre a atuação da enfermagem na reabilitação de idosos com incapacidades físicas decorrente do AVC e destacam que o enfermeiro tem como função proporcionar cuidados voltados para reabilitação, por meio de um processo único e específico, à pessoa idosa. Tais cuidados incentivam o autocuidado e que seja voltado, também, para a família, no sentido da aprendizagem contínua, a fim promover a prevenção de complicações causadas pela síndrome de imobilidade que pode iniciar na internação se estendendo para o domicílio, podendo causar úlceras por pressão, incontinências urinária e fecal, riscos de quedas dentre outras.

Os cuidados com medicamentos por vias convencionais ou por meio de sondas foram citado por 45,4% dos artigos estudados. Dentre estes, apenas Santos et al (2009) realizaram um estudo voltado especificamente para o uso de medicamento em idosos acamados no domicílios com doenças crônicas cadastrado no Estratégia Saúde da Família (ESF) no Piauí. Sobre os diagnóstico de enfermagem naquela população, o principal diagnóstico, encontrado em 98% dos idosos, foi “controle inadequado do regime terapêutico relacionado com a complexidade e aos efeitos colaterais”. Os autores abordam a importância da temática, principalmente, em relação à falta de orientação para familiares e idosos a cerca do uso dos medicamentos em suas residências. Concluíram que o enfermeiro deve deter conhecimento sobre todo o processo de envelhecimento, incluindo o uso da terapêutica medicamentosa, para que, ao desenvolver o cuidado e acompanhamento à pessoa idosa e sua família, saiba orientar e utilizar novas ferramentas adequadas para contribuir com o uso correto dos medicamentos.

Secoli (2010) destaca que “o grande desafio dos enfermeiros no Brasil que esta envelhecendo é contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos” (p.139). Aborda, ainda, que é necessário realizar a educação em saúde para os usuários de medicamentos e seus familiares, voltada, especificamente, a automedicação, riscos da interrupção, a troca ou o uso sem receita médica e o controle do horário para a administração de medicamentos. Estas são algumas orientações que podem favorecer e ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos, que prejudicam ainda mais a saúde das pessoas idosas.

Os cuidados relacionados à realização de curativo em incisão cirúrgica, úlcera de pressão e sondas foram citados em 18% nos artigos. Souza et al (2014) identificaram em seus

estudo realizado com pacientes idosos dependentes que, devida à longa permanência no leito durante a internação, juntamente com as condições nutricionais, esses pacientes adquiriram lesões por pressão que necessitavam da realização de curativos mesmo após a alta hospitalar.

Durante o envelhecimento do corpo, há várias alterações na pele, como ressecamento, menos oleosidade, a pele fica mais fina e lisa e com pouca elasticidade. Essas modificações, associadas às alterações fisiológicas, aspectos nutricionais, doenças crônicas e o uso de medicamentos tornam o idoso mais propenso ao surgimento e a diminuição da cicatrização de feridas ou lesões. Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é o mais qualificado para orientar os cuidados adequados no tratamento de feridas (DUIM et al, 2015).

Percebemos que para o desenvolvimento de todos os cuidados, dos simples aos complexos citados, há uma grande necessidade de se estabelecer um processo ensino-aprendizagem para as pessoas envolvidas no contexto do cuidar, respeitando os limites e potencialidades do cuidador.

Dentre as políticas públicas que favorece esse aprendizado destaca-se o atendimento domiciliar regida pela Portaria N° 963/2013 definida por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílios, que garante a continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde, dando suporte aos cuidadores com ou sem vínculo familiar com o usuário. Na modalidade de atenção domiciliar tipo 2 que se destina aos usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção para chegar a unidade de saúde e que necessitem cuidado e acompanhamento contínuos de equipe multiprofissional, os cuidadores são preparados para a realização de procedimentos de maior complexidade, incluindo curativos complexos, drenagem de abscessos, cuidados com uso: de dispositivo de traqueostomia, de órteses/prótese, de sondas e ostomias, de aspiração de vias aéreas; acompanhamento em pós-operatório, reabilitação, cuidados paliativos e medicações (BRASIL, 2013).

Em estudo de relato de experiência vivenciada por um grupo de residentes multiprofissionais em um hospital universitário do Amazonas, realizado sobre o preparo de alta para pacientes pós-neurocirurgia, incluindo pessoas idosas, foram relatados cuidados semelhantes aos encontrados neste estudo, como: orientações nutricionais e alimentação, cuidados com medicação, cuidados com higiene corporal, e da pele, cuidados com sonda nasoentérica e vesical, cuidados com TQT, cuidados com mobilizações e transferências funcionais (SOUSA et al, 2014).

A realidade encontrada nos estudos pesquisados demonstra que a maior demanda de cuidados citada nos artigos está direcionada para o auxílio na funcionalidade da pessoa idosa,

no que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), bem como cuidados técnicos relacionados a dispositivos e feridas cirúrgicas. Isto enfatiza a importância e o destaque que o Enfermeiro deve assumir na orientação, capacitação e acompanhamento tanto para a pessoa idosa como seus familiares no sentido de tentar promover o cuidado menos cansativo e estressante para os envolvidos.

5. Conclusão

Os resultados encontrados sobre a produção científica desenvolvida pela enfermagem a cerca dos cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida a neurocirurgia apresentados nesses 11 artigos publicados, na maioria, em periódicos nacionais, nos sete anos pesquisados, demonstrou ser incipiente, pois a maioria dos estudos não detalha o cuidado específico ao idoso que foi submetido há algum procedimento neurocirúrgico.

Houve muita dificuldade em encontrar estudos que abordem a temática em questão. Nos bancos de dados, há muitos estudos relacionados aos cuidados domiciliar com a pessoa idosa, porém, os temas estão mais relacionados à questão dos cuidadores de idosos informais e formais assim como são citados doenças neurológicas em geral, principalmente consideradas clínicas como a demências em gerias, incluindo a doença de Alzheimer que é muito citado, provavelmente por essa doença ser causa mais comum de demência nas pessoas de 60 anos ou mais na população mundial, justificando o interesse dos pesquisadores por esse tema (MENDES; SANTOS, 2016).

É abordada, de forma discreta, nos artigos pesquisados, a relação entre cuidados domiciliares e os cuidados pós- neurocirurgia. Isso ocorreu quando é citado sobre o AVC hemorrágico e o TCE que necessitam, na maioria das vezes, de intervenções cirúrgicas como tratamento, assim como a citação da ISC que é uma complicação pós-operatória, levando a crer que a pessoa idosa foi submetida à neurocirurgia.

Desse modo, o estudo apontou para a escassez na elaboração de pesquisas pelos enfermeiros que se direcionem especificamente para o cuidado domiciliar ao idoso que foi submetido a um procedimento neurocirúrgico, pois a realidade indica que, cada vez mais, idosos necessitam de cirurgias, principalmente as relacionadas com as patologias ou agravos neurológicos. Nesse sentido, novas pesquisas podem contribuir para a capacitação e o preparo dos cuidados domiciliares tanto para a enfermagem como para as pessoas idosas e seus familiares.

Os estudos demonstraram que as pessoas idosas que são acometidas por patologias neurológicas ou neurocirúrgicas se tornaram dependentes de cuidados domiciliares,

principalmente os cuidados em relação à higiene corporal, alimentação, mobilidade, medicação e com dispositivos permanentes, havendo consenso em relação aos principais cuidados domiciliares necessários a manutenção física, mental e social das pessoas idosas.

Divulgação

“Este artigo é inédito e não está sendo considerado para qualquer outra publicação. Os autores e revisores não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, a revista *Scientia Amazonia* detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação, deste artigo, por meio eletrônico”.

Referências

BAUMANN, M, et al. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. **BMC Neurology**, Luxembourg, v.92, n.14, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013.

BENSENÖR, IM et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v.73 n.9, set., 2015.

CARVALHAIS, M; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CARVALHO, DP; RODRIGUES, RM; BRAZ, E. Estratégias de Educação em Saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 5, p.455-9, 2013.

COSTA, TF et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, vol.19 n.2, Apr./June., 2015.

DUIM, E et al. Prevalência e características das feridas em pessoas idosas residentes na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. esp., p.51-57, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Brasília: IBGE; 2010 (citado 2011 dez 02). Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 10 de jun. 2015.

ISRAEL, NEN; ANDRADE, OG (*in memoriam*); TEIXEIRA, JJV. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p.1349-1356, 2011.

LESSMANN, CJ et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64,n.1, p.198-202, jan-fev., 2011.

LIMA, DF et al. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. **Rev Rene**. v. 15, n. 4, p. 578-84, jul-ago. 2014.

LOPES, JL et al. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 26, n.6, p. 554-60, 2013.

MARTINS, J J et al. O Cuidado no Contexto Domiciliar: O discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-62, out/dez. 2009.

MENDES, CFM; SANTOS, ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde Soc**. São Paulo, vol.25 n.1, Jan./Mar. 2016.

MENDOZA-SUÁREZ, GM. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. **Rev Soc Peru Med Interna**. Lima, v. 27, n. 1, p. 12-18, 2014.

OLIVEIRA, ARS et al. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p.1147-53, 2013.

PEDREIRA, LC; LOPES, RLM. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.5, p. 837-40, set-out, 2010.

RODRIGUES, RAP et al. Transição do Cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013.

SANTOS, DN et al. Regime Terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 169-176, abr./jun. 2009.

SARAIVA, EL; SOUSA, CS. Paciente crítico na unidade de recuperação pós-anestésica: revisão integrativa. **Rev.SOBECC**, São Paulo, v.20, n.2, p.104-112, abr/jun., 2015.

SECOLI, SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 63, n.1, Jan./Feb. 2010.

SITTA et al. Avaliação perioperatória do idoso. **Rev. Geriatria & Gerontologia**. v. 2, n. 2, p. 86-94, 2008.

SOUSA, ETG et al. Preparação para a alta hospitalar de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares: relato de experiência. **Rev.enferm. UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p.207-12, jan., 2014.

SOUZA, ICP et al. Perfil de Pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **REME - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 164-172, jan/mar. 2014.

SOUZA MT; SILVA MD; CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.

4.2 Segunda etapa: Desenvolvimento da TE – Manuscrito 2

O PASSO A PASSO DA PRODUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CUIDADOS DOMICILIARES AO IDOSO PÓS-NEUROCIRURGIA¹

STEP BY STEP PRODUCTION OF AN EDUCATIONAL TECHNOLOGY: FAMILY CARE TO ELDERLY AFTER NEUROSURGERY

PASO A PASO LA PROCUCIÓN DE UNA TECNOLOGÍA EDUCATIVA: CUIDADO DE LA FAMILIA DE NEUROCIRUGÍA DE ANCIANOS

Gisele dos Santos Rocha², Ana Paula Pessoa de Oliveira³.

RESUMO. Objetivo: relatar o passo a passo da produção de uma Tecnologia Educacional (TE) para orientação dos cuidados domiciliares a pessoa idosa pós-neurocirurgia. **Método:** relato de experiências sobre os passos da produção de TE para orientação dos cuidados a pessoa idosa pós-neurocirurgia, internadas em um hospital público, na cidade de Manaus, desenvolvida no período de um ano. A trajetória foi dividida em três passos: valorização da experiência profissional, revisão integrativa e elaboração da TE. **Resultados:** a assistência de enfermagem ao paciente idoso submetido a neurocirurgia, apontou a necessidade de educação em saúde para o preparo da alta. A busca de evidências na literatura contribuiu para a elaboração textual, ilustrações e diagramação do “piloto” da TE. **Conclusão:** a produção de uma TE requer um trabalho sistematizado e integrativo, principalmente quando se trata de paciente idoso que possui especificidades inerentes ao processo de envelhecimento.

Descritores: Educação em saúde; Tecnologia educacional; Idoso; Neurocirurgia; Enfermagem.

ABSTRACT. Objective: to report the step by step production of an Educational Technology (ET) for the guidance of care post-neurosurgery elderly. **Method:** report of experiences on the steps of building TE for the guidance of care post-neurosurgery elderly admitted to a public hospital in the city of Manaus, developed in the period of one year. The course was divided into three steps: enhancement of professional experience, integrative review and preparation of the TE. **Results:** nursing care to elderly patients undergoing neurosurgery, pointed out the need for health education to prepare high. The search for evidence in the literature contributed to the textual production, illustrations and layout of the "pilot" of the TE. **Conclusion:** the production of a TE requires a systematic and integrative work, especially when it comes to elderly patient who has specificities of the aging process.

Descriptors: Health education; Educational technology; Aged; Neurosurgery; Nursing.

RESUMEN. Objetivo: presentar el paso a paso de la producción de una tecnología educativa (ET) para la orientación de la atención post-neurocirugía ancianos. **Método:** informe de experiencias sobre los pasos de la producción TE para orientar a los ancianos cuidados post-neurocirugía admitido en un hospital público en la ciudad de Manaus, desarrollado en el período de un año. El curso se divide en tres etapas: la mejora de la experiencia profesional, revisión integradora y preparación de la TE. **Resultados:** cuidados de enfermería a los pacientes ancianos sometidos a neurocirugía, ha señalado la necesidad de que la educación sanitaria para preparar alta. La búsqueda de evidencias en la literatura ha contribuido a la producción textual, ilustraciones y el diseño del "piloto" de la TE. **Conclusión:** la producción de un TE requiere un trabajo sistemático e integrador, especialmente cuando se trata de paciente anciano que tiene especificidades del proceso de envejecimiento.

Descriptores: Educación en salud; Tecnología educacional; Anciano; Neurocirugía, Enfermería.

¹ Parte da dissertação de mestrado da primeira autora apresentada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Federal do Amazonas (UFAM) em associação com a Universidade do Estado do Pará (UEPA). Manaus, Amazonas, Brasil.

² Enfermeira especialista em Urgência e Emergência, Mestranda pela UFAM em associação com UEPA - Email: enf.gisele.rocha@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto, Brasil. Professora da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) da UFAM.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é considerado um fenômeno na atualidade, sendo denominado de “transição demográfica” que trouxe várias mudanças no perfil epidemiológico da população, com o aumento das morbidades crônicas e a maior exposição das pessoas idosa a riscos de trauma. Esse quadro tem levado as pessoas idosas cada vez mais a buscar o serviço de saúde em âmbito hospitalar.¹

As doenças que mais atinge a população idosa e são consideradas as grandes responsáveis pelas internações hospitalares se destacam as doenças cerebrovasculares (DCBV) que se encontram entre as dez causas líderes das taxas de mortalidade humana no

Brasil, seja pela ocorrência do acidente vascular encefálico (AVE), sendo a doença neurológica que mais afeta e incapacita as pessoas idosas; ou pelo traumatismo crânio-encefálico (TCE), muito comum nessa população devido à ocorrência de quedas, levando, em muitos casos à necessidade de intervenção cirúrgica como tratamento.²

O AVE ou o TCE que afetam as pessoas idosas geralmente ocorrem repentinamente e subitamente, requerendo uma assistência imediata, em muitos casos o tratamento cirúrgico é considerado a única forma eficaz para o tratamento das lesões cerebrais e para a conservação da vida. Porém, mesmo após a intervenção cirúrgica os pacientes podem apresentar um processo incapacitante que levam a uma condição de dependência física, comprometendo suas atividades de vida diária, e consequentemente, sua qualidade de vida. Dessa maneira, após a alta hospitalar faz-se necessário à continuação dos cuidados no domicílio destas pessoas, que geralmente passam a receber esses cuidados pelos familiares.³

Diante desse contexto o profissional enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, deve agir como facilitador para o entendimento e o esclarecimento de todo o processo a ser vivenciado pela pessoa idosa e sua família no período perioperatório, por meio do planejamento da assistência de enfermagem, enfatizando as orientações e as informações que podem minimizar e contribuir com o sucesso desse processo cirúrgico durante a internação e após a alta.⁴

Para tanto, é necessário que a equipe de saúde inicie, ainda durante a hospitalização, o planejamento de alta, fazendo uso de um processo coordenado de atividades que envolvam o paciente, familiares e os profissionais da saúde que trabalham juntos para facilitar a transição da assistência para o domicílio dessas pessoas.⁵

Para a realização do preparo de familiares e pacientes idosos, as práticas de educação em saúde se evidenciam como uma importante estratégia que precisam ser utilizadas pelos profissionais de enfermagem, por meio de ferramentas proporcionadas pelo uso das Tecnologias Educacionais (TE) impressas, como os manuais de orientação, que se destacam por democratizar e disseminar o conhecimento a população.⁶

Tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares, pois existe a possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecer-la ou rejeitá-la, principalmente o paciente idoso que já trás consigo alterações cognitivas inerentes ao processo de envelhecimento, ou, em situações crônicas neurológicas que afetam a comunicação e o entendimento verbal na pessoa idosa.⁷

Com a intenção de minimizar a problemática relacionada à falta de preparo do cuidador familiar e do próprio idoso submetido à neurocirurgia em relação ao processo do

cuidado no domicílio, surgiu o interesse e a motivação em realizar esse estudo voltado à educação em saúde junto aos familiares e pacientes idosos sobre os cuidados domiciliares necessários no pós-operatório de neurocirurgia, por meio da produção de um manual de orientações que contribua na realização desses cuidados familiares. Assim, o objetivo deste estudo é relatar o passo a passo da produção de uma TE para orientação dos cuidados domiciliares a pessoa idosa pós-neurocirurgia.

METODOLOGIA

O estudo se constitui em um relato de experiências sobre os passos da produção de uma TE para orientação dos cuidados domiciliares ao idoso pós-neurocirurgia, realizado como parte da dissertação de mestrado que tem como título “Cuidados domiciliares: produção e validação de um manual para pessoa idosa pós-neurocirurgia”. O estudo surgiu pela experiência na assistência de enfermagem a idoso pós-neurocirurgia por dezessete anos, em um Hospital e Pronto Socorro Estadual “Dr. João Lúcio Pereira Machado” na Cidade de Manaus.

As atividades de produção da TE perpassaram um ano, entre junho de 2015 a junho de 2016. E Está baseado na descrição com vistas a atender o objetivo proposto através do detalhamento dos seguintes passos: 1- Descrição sobre a experiência profissional da pesquisadora na contribuição para a realização de uma tecnologia educacional para idosos no pós- neurocirurgia em um hospital público; 2- Levantamento bibliográfico sobre os cuidados familiares com idosos pós-neurocirurgia; 3- Elaboração do manual: textual, confecção das ilustrações e diagramação. O fluxograma (**figura 4**) descreve os passos da produção da TE.

A produção de TE impressas, requer algumas etapas e percursos como: evidencias científicas; definição do objetivo da tecnologia, finalidades, seleção do público-alvo ao qual se destina a TE, tipo do material (guia, folder, folheto, manual), tipo de papel, temas, ilustrações e linguagem; o planejamento das ações, elaboração do “piloto” da TE, definição dos grupos de peritos para a validação de conteúdo, e ainda destaca a importância do projeto de pesquisa para nortear o que se quer construir.⁸

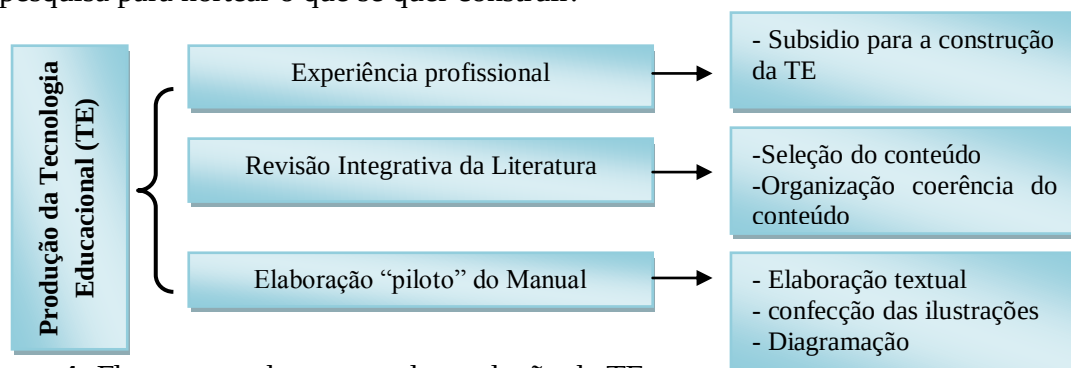


Figura 4- Fluxograma dos passos da produção da TE

RESULTADOS

Passo 1 - Experiência profissional e valorização do contexto de vivência do ser idoso: contribuição para produção de uma tecnologia educacional impressa para pessoas idosas.

A vivência na área de enfermagem no acompanhamento diário da assistência à pessoa idosa acometida por doença ou trauma neurológico que necessita de intervenção cirúrgica como tratamento nos possibilitou um olhar atento às necessidades peculiares que esse paciente apresenta durante a internação, assim como após a alta hospitalar.

Identificou-se que esse paciente requer uma assistência que também seja voltada aos seus familiares. Isso se deve ao fato de que, geralmente, apesar do tratamento cirúrgico, os pacientes podem apresentar sequelas físicas, causando certo grau de dependência física, conforme as condições clínicas. Neste caso, a pessoa idosa irá necessitar de auxílio para a realização de cuidados básicos como a higiene corporal, alimentação, medicação ou até o mais complexos como aspiração, oxigêniooterapia e reabilitação. Esses cuidados necessitam de continuidade no domicílio e requerem que, tanto o paciente como os seus familiares, estejam preparados para enfrentar essa nova fase de suas vidas.

Neste sentido, notou-se que havia deficiência de orientações tanto para o autocuidado como para o cuidador familiar que, em sua grande maioria, não possui o conhecimento adequado para desempenhar tarefas que requerem habilidades tão peculiares. Por se sentirem despreparados e inseguros para assumir a responsabilidade desses cuidados, os familiares acabam retardando a alta hospitalar ou retornam para reinternação com a pessoa idosa apresentando complicações que podem ser evitadas com o mínimo de conhecimento sobre como prevenir e intervir em situações que requer uma ação imediata.

Nessa perspectiva, percebeu-se que, além das orientações verbais realizadas no preparo da alta, seria pertinente como estratégia de educação em saúde como a criação de uma TE de forma concisa e de fácil compreensão, através de um manual sobre as orientações acerca dos cuidados necessários.

Passo 2- Levantamento bibliográfico sobre os cuidados domiciliares com idoso pós-neurocirurgia.

Para elaboração de uma TE é necessária à revisão bibliográfica do tema a ser abordado, pois contribui para a realização de trabalhos de melhor qualidade.⁹

Seguindo essas recomendações, realizamos a Revisão Integrativa (RI) em junho 2016, em busca de evidências a cerca dos cuidados domiciliares necessários a pessoa idosa pós-

neurocirurgia, após a alta hospitalar que fosse citada pelos enfermeiros, nas publicações dos últimos sete anos. O levantamento constou de 11 artigos científicos primários da área da enfermagem. Os cuidados encontrados nas publicações foram:

Tabela 1- Cuidados domiciliares a pessoa idosa submetida a neurocirurgia.

Cuidados citados (11 artigos)	Frequência de citação %
Higiene corporal – higiene oral, higiene íntima, troca de fralda	100
Alimentação – via oral ou sonda enteral	63,6
Aspiração – traqueostomia ou boca e nariz	54,5
Mobilidade – transferência da cama para cadeira, ajudar a andar	45,4
Mudança de posição – na cama ou cadeira	45,4
Medicamentos – vias convencionais ou por sonda	45,4
Curativos – sondas, úlcera de pressão e ferida cirúrgica	18

Passo 3 - Elaboração da TE: textual, confecção das ilustrações e diagramação.

Com os dados obtidos sobre os cuidados domiciliares com idoso submetido a neurocirurgia, mediante a realidade regional foi abordado no conteúdo da TE, algumas particularidades sobre o contexto amazônico que interferem nos cuidados, como o clima quente e úmido durante todo o ano e o uso de rede para dormir, muito comum na região. A cerca deste detalhamento, o conteúdo da TE versou sobre os seguintes temas:

- Voltando para casa após cirurgia cerebral. Doenças e problemas cerebrais e suas complicações. Preparo da casa antes da alta hospitalar. Orientações sobre os cuidados diários: comunicação, movimentação e transferência, higiene e conforto, pele e uso de fraldas, curativos simples, alimentação oral e enteral, hidratação, uso de medicação e eliminações (urina e fezes). Orientação para o uso de rede de dormir.

Após a seleção dos temas que seriam abordados no TE, realizou-se a coleta do conteúdo em livros de enfermagem, em manuais preconizados pelo Ministério da Saúde (que foram escritos nos últimos cinco anos) sobre os cuidados selecionados. Assim também foi consultada a Legislação sobre cuidados domiciliares, Portaria Nº 963/27/05/2013, que redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.¹⁰

Para alcançar a qualidade dos conteúdos de TE deve ser consultado pesquisas de fontes formais confiáveis e, ainda, observações diretas da realidade que se pretende apresentar.⁸⁻⁹

Optou-se, escolher como modalidade de TE impressa o manual. O manual vem sendo considerado um meio de comunicação eficaz para promover a saúde e é considerado como uma tecnologia assistencial que valoriza os conhecimentos práticos e de fácil aplicação no dia a dia do cuidado, seja na atenção primária, secundária e terciária dos sistemas de saúde.⁶⁻¹¹

A versão final do manual educativo tem na sua dimensão 200x210mm, tamanho esse pensado para que a população-alvo não tenha dificuldade na leitura, assim o tamanho da fonte ficou entre 14 e 16. O manual possui 20 páginas frente e verso, contendo: capa, sumário, apresentação. A partir da página cinco, tem-se a organização do conteúdo e ilustrações, dividido por tópicos e, finalizando, uma página com telefones úteis e a referência bibliográfica.

DISCUSSÃO

No desenvolvimento do processo de produção da TE voltada aos idosos pós-neurocirurgia, seguimos os passos que são indicados pelas literaturas sobre a elaboração de TE impressas, que requer um conjunto de saberes e práticas tais como evidências científicas, valorização da experiência profissional, definição do objetivo da tecnologia, seleção do público-alvo, tipo de material, papel, temas, ilustrações e linguagem e, por fim, uma versão preliminar.^{8,11-12}

Neste sentido, em busca das evidências científicas identificamos, nos estudos, os cuidados domiciliar a pessoa idosa pós-neurocirurgia. A realidade encontrada nos estudos pesquisados demonstrou que a maior demanda de cuidados citados nos artigos está direcionada para o auxílio à funcionalidade da pessoa idosa, no que se refere às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) bem como cuidados técnicos relacionados a dispositivos e feridas cirúrgicas.

Os estudos também indicaram que, os cuidadores na maioria dos casos são os próprios familiares, por não terem, esses, condição econômica de contratar um cuidador formal ou outro profissional de saúde.⁷⁻⁹

Assim, o enfermeiro, como educador, pode ajudar na aprendizagem, tanto a pessoa idosa e seus familiares cuidadores, ao fornecer informações escritas, que complementam as orientações verbais sobre as terapias, principalmente, nos cuidados em situações crônicas que requerem adaptações em maior espaço de tempo.¹³

Cuidados esses que podem fazer a diferença no dia a dia dos familiares e da pessoa a ser cuidada, evitando, desse modo, que os cuidados sejam negligenciados por quem cuida por falta de compreensão a cerca dos pequenos detalhes que, colocados em praticas, favorecem a recuperação em menor tempo. Entende-se, ainda, que essa atenção e cuidado evitam

complicações que acarretem em uma nova internação hospitalar, principalmente no caso de processo crônico.^{8,14}

Entretanto, é importante destacar que o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde, ao delegar a tarefa de cuidar, estejam atentos à estrutura familiar, ao tipo de cuidados a ser realizada, assim como ao tempo necessário, às características da doença e, ainda, ao planejamento do apoio da equipe de saúde à família ou a própria pessoa idosa.¹⁵

Neste sentido, o enfermeiro, para instruir os cuidados através de orientações para pacientes idosos ou seus familiares, utilizando a TE, necessita deter de conhecimento específico e experiência sobre os cuidados na área que se pretende orientar. Para tanto, necessita de formação na área gerontológica, que atualmente é indispensável, seja durante o atendimento hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.¹⁶

Em estudo sobre educação em saúde com pacientes de familiares os autores destacam que, é importante e necessário que a enfermagem invista na construção de TE, sejam através de cartilhas, folders, vídeos, dentre outros, a fim de promover com facilidade a transmissão de orientações, sobre os cuidados de saúde que atendam o bem-estar físico-psico-social de pacientes e seus familiares.¹⁷

Em relação aos temas que foram selecionados mediante todo o processo já descrito, considerou-se também um olhar para os aspectos regionais, como clima, costumes e cultura onde a população que se destina o referido manual está inserida.

Por fim, o conteúdo do manual seguiu as recomendações de descrever, com clareza e fundamentação teórica, os cuidados a serem realizados, com linguagens acessíveis a todas as pessoas, independente do grau de instrução, com informações importantes, atrativas e objetivas de fácil compreensão, que atendam às necessidades específicas do que se propõem orientar.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo pôde-se perceber que a produção de uma TE requer um trabalho sistematizado, baseado na valorização de saberes e práticas e na realidade do público alvo, principalmente, quando se trata de paciente idoso que possui especificidades inerentes ao processo de envelhecimento, articulado as peculiaridades culturais da região que vive.

Espera-se que as orientações inseridas no “Manual de cuidados familiares para pessoas idosas submetidas a neurocirurgia”, possam contribuir efetivamente na reabilitação da saúde e superação de dificuldades, por meio do suporte necessário aos familiares e o favorecimento do autocuidado de forma que a pessoa idosa tenha sua vida mais ativa e independente. E

ainda, que desperte o interesse pela realização de novas TE por parte dos enfermeiros, expandindo o olhar para saúde da população idosa, com o objetivo de buscar a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e de seus familiares.

Como limitação do estudo, deve-se considerar que a tecnologia educacional foi construída com base nas especificidades regionais amazônica. Para ser utilizado por idosos e familiares de outras regiões do país, necessita sofrer alguns ajustes para atender as peculiaridades culturais da população local.

REFERÊNCIAS

1. Alberte JSP, Ruscalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2015 jan-mar [acesso em 2016 jun 10]; 13 (1):32-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4766.pdf>.
2. Brasil. Portal da saúde. Saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília; 2015 [acesso em 2016 jul 11]; Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br>.
3. Baumann M, Le Bihan E, Chau K, Chau N. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. BMC Neurology, Luxembourg [Internet]. 2014 Apr [acesso em 2016 jun 10]; 28: 14-92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24773696> doi:10.1186/1471-2377-14-92.
4. Rothrock JC. Alexander – Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
5. Souza IC P, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. REME-Rev Min Enferm [Internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2016 jun 08]; 18(1):164-172. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/916>.
6. Costa PB, Chagas ACMA, Joventino ES, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. Rev Rene [Internet]. 2013 [acesso em 2016 jul 05];14(6):1160-.Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419012>.
7. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barbosa DA. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2016 jul 07]; 26(6): 554-60. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307029916008>.

8. Oliveira MC, Lucena AF, Echer IC. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. *Journal of Nursing UFPE on line* [Internet]. 2014 jun [acesso em 2016 jun 30]; 8 (6):1597-603. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4926>. doi: 10.5205/01012007.
9. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2005 set-out [acesso em 2016 jun 29]; 13(5): 754-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2146>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013* [acesso em 2016 jun 29]. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br>.
11. Nietzsche EA, Texeira E, Medeiros, HP (org). *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a?* Porto Alegre: Moriá; 2014.
12. Nascimento MHM. Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal: Estudo de Validação [dissertação]. Pará: Universidade do Estado do Pará; 2012. 172p.
13. Coriolano-Marinus MWL, Pavan MI, Lima LS, Bettencourt ARC. Validação de material educativo para alta hospitalar de pacientes com prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 abr-jun [acesso 2016 jul 16]; 18 (2):284-89. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730686015>
14. Oliveira APP. O cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer. Paraná: CRV; 2011.
15. Thumé E. Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica [tese]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas; 2010. 211p.
16. Kletemberg DF, Padilha MI. Enfermagem gerontológica: a produção do conhecimento na profissão (1970-1996). *Rev Gaúcha Enferm Porto Alegre* [Internet]. 2013 mar [acesso em 2016 jun 13]; 34 (1).Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26206>.
17. Wild CF, Favero NB, Salbego C, Vales MG, Silva JRP, Ramos TK. Educação em saúde com estomizados e seus familiares: possibilidade para melhor qualidade de vida. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2016 abr-jun [acesso em 2016 ago 15];6(2):290-297. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20071>. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769220071>.

4.3 Terceira etapa – Processo de validação do manual

4.3.1 Caracterização do perfil dos juízes-especialistas

O processo de validação do Manual teve início com a seleção dos profissionais considerados especialistas na área do construto avaliado, sendo nomeados como “**juízes-especialistas**” divididos em **dois grupos: grupo dos juízes da área da saúde e o grupo dos juízes de outras áreas.**

O primeiro grupo composto de **nove juízes da área da saúde** tiveram função essencial no processo de validação, analisando a representatividade dos itens em relação ao conteúdo específico, assim como a temática do manual, e a relevância dos objetivos a que se pretendia atingir. Fizeram parte desse grupo: 5 enfermeiros, 2 médicos geriatra, 1 médico neuro-cirurgião, 1 fisioterapeuta, conforme os critérios de seleção pré-definidos no método através da titulação na área da temática, tempo de atuação profissional e produção científica, todos os juízes alcançaram acima de 5 pontos como determinava a pontuação dos critérios exigidos.

O segundo grupo composto por **dois juízes de outras áreas**, formado por um pedagogo e um designe, que alcançaram acima de 3 pontos conforme determinava a pontuação dos critérios exigidos, esses juízes tiveram função indispensável na avaliação do manual no que se refere ao julgamento da organização do processo de transmissão dos saberes referente à didática, linguagem, diagramação e o estado da arte do que se pretende alcançar junto ao público-alvo que se destina essa TE.

O **Quadro 5**, mostra o perfil dos juízes dos dois grupos, diferenciado por cor, foram identificados com 2 letras e 1 número (**enfermeiras - Ee1, Ee2, Ee3, Ee4, Ee5; médicos geriatra – Mg1, Mg2; médico neuro-cirurgião – Mn1; fisioterapeuta – Fs1, pedagoga – Jp1 e designe – Jd2**) para sua identificação quando citados em relação aos seus comentários e sugestões.

Quadro 5 – Perfil dos juízes-especialistas da área da saúde e de outras áreas

Profissão	Idade	Código	Titulação	Experiência profissional Tempo de atuação	Produção científica- área saúde do idoso	Estado de residência
Enfermeiros	51	Ee1	MsC em Gerontologia	Chefe do núcleo de saúde do idoso - 18 anos. Enf. assistencial – 20anos	3 produções	Manaus
	57	Ee2	Dra. em Ciências médicas	Docente saúde do adulto e idoso – 19 anos. Enf. Assistencial e administrativa– 34 anos.	Acima de 30 produções	Porto Alegre
	76	Ee3	Dra.em Enf. Pós-Dr.	Docente, pesquisadora – 54 anos. Enf. gerontológica e tecnologias cuidativo-educacionais.	Acima de 50 produções	Belém
	63	Ee4	Dra.em Enf.geronto geriátrica	Docente, pesquisadora – 32 anos Saúde do adulto e idoso, violência contra o idoso.	Acima de 30 produções	Salvador
	34	Ee5	MsC.Biociência e saúde	Supervisora Clínica cirúrgica – cuidados domiciliares idosos - 10 anos.	5 produções	Curitiba
Médicos	75	Mg1	Dr. em Medicina e ciência da saúde. Pós-Dr.	Geriatra 20 anos. Docente pós - geriatria e gerontologia – 15 anos Diretor da Univ. 3ª.idade.	Acima de 30 produções	Manaus
	33	Mg2	MsC. Saúde, Sociedade e Endemias.	Geriatra 4 anos+ Docente geriatria – 2 anos.	5 produções	Manaus
	41	Mn1	Dr. em Ciências da saúde	Neurocirurgião com atuação em saúde do idoso - 19 anos. Docente – 17 anos.	10 produções	São Paulo
Fisioterap.	34	Fs1	MsC em Ciências e Tec. em saúde	Fisioterapeuta assistencial – 12 anos. Docente saúde do adulto e idoso – 9 anos.	5 produções	Manaus
Pedagogo	48	Jp1	MsC Espec.psico-pedagogia.	Responsável técnica escola pública e privada – 13 anos. Docente – 10 anos.	10 produções	Manaus
Design	43	Jd1	Espec. em Design, comunicação e multimídia	Design gráfico em instituição Federal – 7 anos. Docente – 3 anos.	5 produções	Manaus

Fonte: *Curriculum Lattes* e pesquisa de campo, 2016.

Esses dados foram coletados através da Plataforma *Lattes* nos *Curriculum Lattes*, assim como, do questionário de avaliação. A maioria dos **juízes-especialistas da área da saúde** foi composta por enfermeiros, uma escolha proposital por se tratar de um manual que pode servir de ferramenta durante o preparo de orientações na alta hospitalar principalmente pelos enfermeiros. Mas também poderá ser utilizado por outros membros da equipe de saúde.

A idade média desses juízes variou de 33 a 76 anos. Quanto à titulação referente à pós-graduação, todos (100%) possuem formação *strictu-sensu*, sendo o grau maior de pós-doutorado, o que ampliou a qualidade na avaliação teórico-metodológica do manual avaliado.

Referente à experiência profissional e o tempo de atuação, os 9 (100%) **juízes atuam na área de saúde do idoso** como docente ou na assistência, sendo que o menor tempo de atuação é de 5 anos e o maior é de 54 anos. Observa-se a predominância de juízes com experiência em docência, seja na graduação ou na pós-graduação, favorecendo um olhar voltado na compreensão do contexto educativo do manual.

Quanto à produção científica constou de dissertação, tese, artigos e orientações na área saúde do idoso, variou entre 3 a mais de 50 produções, isso demonstra o interesse e a preocupação em disseminar as experiências vivenciadas no meio científico, contribuindo para ampliação do conhecimento na área gerontogeriátria.

Em relação da procedência dos juízes-especialistas da área da saúde, constatou-se que os profissionais atuam nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul. Proporcionando a contribuição diversificada e contextualizada dessas atuações em meios sociais distintos, enriquecendo dessa forma as inferências aqui construídas pelos profissionais avaliadores em relação a temática do estudo.

Os **juízes-especialistas do segundo grupo de outras áreas**, possuem idades de 43 e 48 anos, com titulação mínima em *lato-sensu* e máxima *strictu-sensu*, com o título de mestre, na área de atuação, no caso da pedagoga. Os dois profissionais deste grupo possuem experiência na docência em suas respectivas áreas de atuação, sendo o máximo de produções científicas de 10 do profissional de pedagogia, onde são incluídas todas as publicações em periódicos e orientação de trabalhos científicos. O profissional de design possui ampla experiência em editoração eletrônica de periódico, projeto gráfico de livros e revista e possui 5 produções. Ambos são residentes do estado da cidade de Manaus, o que facilita o reconhecimento da cultura e costumes regionais da população-alvo refletidos no manual.

4.3.2 Caracterização do perfil do público-alvo

O público-alvo foi constituído de dois grupos: pacientes (4) idosos submetidos à neurocirurgia que estavam internados na enfermaria cirúrgica do hospital selecionado e os seus respectivos familiares (4) que os acompanhavam. O **Quadro 6** mostra os resultados referentes ao perfil do paciente idoso: idade, gênero, escolaridade, diagnóstico inicial e tipo de cirurgia, procedência. O **Quadro 7** mostra os resultados referentes a caracterização dos familiares relacionados a: idade, sexo, escolaridade, grau de parentesco. Os idosos são identificados por pseudônimos e os familiares por códigos.

Quadro 6 – Caracterização dos pacientes idosos submetidos à neurocirurgia.

Pseudônimo	Id	Sexo	Escolaridade	Diagnóstico inicial	Cirurgia	Procedência
Princesa Isabel	65	F	Ensino médio incompleto	HAS/ AVE hemorrágico	Craniotomia	Manaus
Rainha Joaquina	86	F	Analfabeta	TCE	Craniotomia	Interior/ AM
Batman	78	M	Analfabeto	TCE	Craniotomia	Manaus
Joana D'arc	75	F	Ensino fundamental incompleto	HAS /AVE hemorrágico/ Aneurisma	Craniotomia/ DVP	Manaus

Pesquisa de campo, 2016.

A idade dos quatros pacientes idosos variou de 65 a 86 anos, demonstrando que entre os pacientes idosos havia (1) idoso sexagenário (65 anos), representando 25% da amostra; (2) septuagenário (75,78 anos) com representação de 50% e (1) octogenário (86) correspondendo a 25%. O sexo que predominou foi o feminino, com (3) idosas, 75% da amostra, e (1) idoso, 25% da amostra. Vale ressaltar que a escolha não foi intencional, foram os que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Quanto à escolaridade, 50% (2) dos pacientes informaram não possuir nível de escolaridade, porém 01 desses pacientes referiu conseguir assinar o nome, 25% (1) informou ter ensino médio incompleto e 25% (1) ensino fundamental incompleto. Esses resultados revelam certa diversidade de níveis de escolarização entre os pacientes.

Estudos sobre o perfil das pessoas idosas brasileiras apontam que, o nível de escolaridade da pessoa idosa é baixo, havendo predomínio do ensino fundamental nas regiões do Brasil (MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

O que demonstra que o nível de escolaridade baixa dos idosos, deste estudo, é compatível com a caracterização dos idosos no contexto brasileiro. Tal perfil não interferiu na avaliação do manual.

Em relação ao diagnóstico clínico, 50% (2) dos pacientes eram portadores de HAS e sofreram episódio de AVEh e 50% (2) com Hematoma Subdural Crônico (HSDC), proveniente de TCE por queda da própria altura. A craniotomia foi à cirurgia que 100% dos pacientes foram submetidos.

A HAS é um dos principais fatores de riscos que contribuem para a incidência de AVE, e sua incidência tende aumentar com a idade, atingindo cerca de 69% dos indivíduos com mais de 65 anos; possui uma prevalência de 34,4% em idosos com mais de 75 anos (TSERMOULAS et al, 2016).

O HSDC é um dos tipos mais comuns de hematoma intra-craniano e muito comum na pessoas idosas, especialmente após a lesão traumáticas. A incidência é de cerca de 5/100.000/ano na população em geral, já na população idosa chega a 58/100.000 para aqueles com idade entre 70 anos ou mais (LESTER LEE et al, 2016).

A craniotomia foi à cirurgia encontrada em 100% dos pacientes idosos, sendo esta a principal opção de tratamento para os diagnósticos apresentados pelas pessoas idosas deste estudo, segundo dados da literatura (SMELTZER et al, 2012).

De acordo com Walcott et al (2013), a craniotomia descompressiva é considerado um procedimento com um grande potencial prognóstico de salvar-vidas em graves estados de lesões cerebrais, tais como TCE, hemorragia cerebrais por aneurisma e o AVE.

Herou; Romner e Tomasevic (2015) abordam que, na atualidade devido o avanço científico e tecnológico o prognóstico para os pacientes idosos submetidos à neurocirurgia tem avançado, havendo melhoria na sobrevida e capacidade física, destacam ainda que, a idade já não é considerada o único fator gerador do mal prognóstico na pessoa idosa submetida à neurocirurgia, isso dependerá mais do estado clínico geral que a pessoa se encontra.

Os idosos deste estudo são amazonenses, 75% (3) possui procedência de Manaus e 25% (1) do interior do estado. Acredita-se que esse resultado contribuiu para a avaliação da especificidade regional contida no manual.

Quadro 7 – Perfil dos familiares do pacientes idosos submetidos à neurocirurgia.

Código	Grau de Parentesco	Id	Sexo	Escolaridade	Procedência
F1	Filha	36	F	Ensino médio	Manaus
I1	Irmã	61	F	Ensino médio	Interior
F3	Filho	53	M	Ensino fundamental incompleto	Manaus
F4	Filha	38	F	Ensino médio	Manaus

Pesquisa de campo, 2016.

Os familiares que acompanhavam os idosos e que participaram da pesquisa possuíam um grau de parentesco muito próximo destes, 75% (3) são constituídos de filhos e 25% (1) irmã, com idade que variou de 36 a 61 anos. A acompanhante idosa era a irmã de um dos idosos, o que mostra a realidade de cuidado entre idosos. Dados semelhantes quanto à idade encontrada neste estudo, são identificadas em outras pesquisas, referente a pessoas acima de 60 anos, exercendo o papel de cuidador de idoso, evidenciando-se ainda que cuidadores com maior faixa etária possuam um maior nível de sobrecarga (COSTA et al, 2015; RODRIGUES et al, 2013).

Quanto ao sexo, a maioria 75% dos familiares cuidadores dos idosos é constituída por mulheres. Esses resultados corroboram com outros estudos, que mostram que geralmente a mulher historicamente tem a função cuidadora da família, tal contexto é oriundo dos aspectos culturais, onde são inseridas as mulheres, que assumem essa função de ser a responsável legal sobre os cuidados dos pais ou maridos quando chegam à idade idosa (OLIVEIRA et al, 2013; SOUZA et al, 2014).

No que tange ao vínculo familiar, verificou-se que 100%, dos acompanhantes possuíam parentesco com a pessoa idosa. Andrade (2011) aponta que, laços de afetividades ocasionados pela presença de familiares, podem melhorar o ato de cuidar, diminuindo o estresse durante a hospitalização do paciente idoso.

Em relação à escolaridade, observa-se que 75% dos familiares possuem ensino médio completo e 25% ensino fundamental incompleto. A procedência dos familiares acompanha o

que foi encontrado na caracterização dos respectivos entes idosos, todos amazonenses, a maioria da capital e apenas uma do interior do estado.

Acredita-se que o perfil dos familiares deste estudo contribuiu para uma avaliação do manual mais diretiva, madura e contextualizada.

Estudos apontam, que a participação do público-alvo no processo de validação da TE, se tornar extremamente importante, pois, possibilita-se um melhor direcionamento do conteúdo e de todo o contexto do que se deseja transmitir (OLIVEIRA; LUCENA; ECHER, 2014; TELES et al, 2014).

4.3.3 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento do manual pelos juízes-especialistas

No processo de validação do construto, os juízes-especialistas tiveram a função de avaliar três blocos com ênfase nos 20 indicadores propostos por este estudo para determinar se objetivos, estrutura, apresentação e relevância estavam **Totalmente Adequados (TA)**, **Adequados (A)**, **Parcialmente Adequados (PA)** ou **Inadequados (I)** relacionados às afirmações de concordância ou discordância do material produzido.

A avaliação foi realizada a partir da atribuição de valores, considerando para as opções de **TA e A (+1)** que correspondem aos itens **positivo**; para os itens **PA (0)** que não são considerados nem a **positivos nem negativos ou indecisão**; e para a opção **I (-1)**, os itens são **negativos**. Quando há respostas **PA** ou **I**, os juízes-especialistas foram instruídos a justificarem a sua escolha (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIRO, 2014).

A análise dos comentários e sugestões é apresentada no item 4.3.5.

A **tabela 2** mostra a distribuição geral dos índices percentuais de cada item dos escores obtidos, conforme a ordem do formulário de avaliação.

A análise quantitativa, conforme a tabela 2, das respostas dos juízes, quanto aos itens abordados, constatou-se que na somatória do **Total Geral** das respostas 220 (100%), apresentaram um percentual total de **concordância** de 80,91% (178), pois 102 escores (46,36%) foram avaliados como **TA**, e 76 do total de escores (34,55%) como **A**, sendo a escolha do escore de **PA** 40 (18,18%) e somente 2 escore (1,80%) de **I**, indicando que a propensão de discordância foi inferior a média de concordância, sendo assim o manual foi validado, pois obteve o alcance superior a 70% pré-estabelecido neste estudo.

Tabela 2 - Distribuição dos escores obtidos pela avaliação dos juízes segundo objetivos, estrutura e apresentação, relevância e o percentual calculado de cada item.

Bloco/Itens	Escore (N=11) % do escores = (n*100)/escores				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N (%)	Escore para análise quantitativa
	TA	A	PA	I	TA+A	
1-Objetivos						
1.1	6	3	2	0	81,82	+1
1.2	8	2	1	0	90,91	+1
1.3	5	5	1	0	90,91	+1
1.4	5	4	2	0	81,82	+1
1.5	7	2	2	0	81,82	+1
Subtotal	31	16	8	0		
Percentual (%)	56,36	29,09	14,55	0	85,45	100
2-Estrutura e apresentação						
2.1	5	4	2	0	81,82	+1
2.2	5	4	2	0	81,82	+1
2.3	5	4	2	0	81,82	+1
2.4	5	3	3	0	72,73	+1
2.5	2	4	4	1	54,55	+1
2.6	4	4	3	0	72,73	+1
2.7	5	1	5	0	54,55	+1
2.8	4	3	4	0	63,64	+1
2.9	4	5	2	0	81,82	+1
2.10	3	6	1	1	81,82	+1
Subtotal	42	38	28	2		
Percentual (%)	38,19	34,55	25,45	1,80	72,74	100
3-Relevância						
3.1	8	3	0	0	100,0	+1
3.2	3	7	1	0	90,91	+1
3.3	5	6	0	0	100,0	+1
3.4	7	2	2	0	81,81	+1
3.5	6	4	1	0	90,91	+1
Subtotal	29	22	4	0		
Percentual (%)	52,72	40,01	7,27	0	92,73	100
TOTAL	102	76	40	2		
PERCENTUAL (%) GERAL	46,36	34,55	18,18	1,80	80,91	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Escore: TA= Totalmente adequado, A= Adequado, PA= Parcialmente adequado, I= Inadequado.

A análise quantitativa, conforme a **tabela 4**, das respostas dos juízes, quanto aos itens abordados, constatou-se que na somatória do **Total Geral** das respostas 220 (100%), apresentaram um percentual total de **concordância** de 80,91% (178), pois 102 escores (46,36%) foram avaliados como **TA**, e 76 do total de escores (34,55%) como **A**, sendo a escolha do escore de **PA** 40 (18,18%) e somente 2 escore (1,80%) de **I**, indicando que a propensão de discordância foi inferior a média de concordância, sendo assim o manual foi validado, pois obteve o alcance superior a 70% pré-estabelecido neste estudo.

No **bloco 1** refere-se aos **objetivos** do manual, quanto aos propósitos, metas ou fins a serem atingidos com a utilização da TE, possui 5 itens: as informações/conteúdo são ou estão coerentes com as necessidades cotidiana do público-alvo; as informações/conteúdo são importantes para a qualidade de vida e/ou trabalho do público-alvo da TE; convida e/ou

instiga a mudança de comportamento e atitude; pode circular no meio científico da área; atende aos objetivos de instituições que atendem/trabalham com o público-alvo.

Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 55 (100%), 47 (85,45%) foram para **TA e A**, conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando o manual adequado quanto aos objetivos. Sendo que 31 (56,36%) optaram por **TA**, 16 (29,09%) por **A**, e apenas 8 (14,54%) forma indecisos por optarem por **PA** e nenhuma escolha para **I**. Como demonstrado na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 1 - objetivo.

Bloco/Itens	Escore (N=11)				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N
	TA	A	PA	I	TA+A
1-Objetivos					
1.1	6	3	2	0	81,82
1.2	8	2	1	0	90,91
1.3	5	5	1	0	90,91
1.4	5	4	2	0	81,82
1.5	7	2	2	0	81,82
Subtotal	31	16	8	0	
Percentual por escores (%)	56,36	29,09	14,54	0	85,45

Pesquisa de campo, 2016.

De acordo com o resultado do primeiro bloco observou-se que há concordância pela maioria dos juízes-especialistas quanto ao objetivo do manual que se destina orientar e contribuir através do material educativo sobre os cuidados após a alta hospitalar a pessoas idosas submetidas à neurocirurgia e seus familiares.

A educação em saúde no preparo da transição do hospital para casa de pacientes idosos com doenças ou sequelas neurológicas, ainda é incipiente, destacam Rodrigues et al (2013), há a necessidade da implantação de modelos educativos que atinjam o contexto real de cada família, que esteja incluído sua cultura, crenças e costume em relação a pessoa idosa, por se tratar de um período extenso de cuidados.

Os manuais, que abordam os cuidados domiciliares para a continuação do tratamento à pessoa idosa, buscam possibilitar o melhor aprendizado dos envolvidos nesse processo do cuidado, fornecendo mais segurança e apoio no dia a dia de familiares e ainda o incentivo do autocuidado dos envolvidos (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013).

No **bloco 2** se destina a **estrutura e apresentação** do manual referente à forma de apresentar as orientações, incluindo organização geral, estratégias de apresentação, coerência e formatação, possuindo 10 itens: a TE é apropriada para o público-alvo; as mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva; as informações apresentadas estão cientificamente

corretas; há uma sequência lógica do conteúdo proposto; as informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia; o estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo; as informações de capa, contracapa, sumário, e apresentação são coerentes; o tamanho do título e dos tópicos está adequado; as ilustrações estão expressivas e suficientes; o número de páginas está adequado.

Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que houve percentual de 72,73%, correspondendo a 80 das 110 (100%) respostas no geral, os que concordaram com escores **TA** e **A**, indicando a média de aceitação superior a 70%, o que torna o manual válido quanto à estrutura e apresentação. Destes 42 (38,19%) escolheram **TA** e 38 (34,55%) escolheram **A**, sendo que 28 (25,45%) apresentaram indecisão escolhendo **PA** e apenas 2 (1,80%) escolheu **I**, optando por discordar. A **Tabela 4** demonstra o detalhamento e os índices alcançados.

Tabela 4 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 2 – Estrutura e apresentação.

Bloco/Itens	Escore (N=11)				Percentual de concordância por item TA+AX 100/Total de juízes*
	TA	A	PA	I	TA+ A
2-Estrutura e apresentação					
2.1	5	4	2	0	81,82
2.2	5	4	2	0	81,82
2.3	5	4	2	0	81,82
2.4	5	3	3	0	72,73
2.5	2	4	4	1	54,55
2.6	4	4	3	0	72,73
2.7	5	1	5	0	54,55
2.8	4	3	4	0	63,64
2.9	4	5	2	0	81,82
2.10	3	6	1	1	81,82
Subtotal	42	38	28	2	
Percentual por bloco (%)	38,19	34,55	25,45	1,80	72,73

Pesquisa de campo, 2016.

Entretanto o **bloco 2**, possui algumas ressalvas nos itens **2.5**, **2.7** e **2.8** que tiveram avaliação inferior a 70 %, como mostrou a **tabela 4**, estes itens referem-se respectivamente a: **se as informações estão bem estruturadas em concordância, ortografia; as informações de capa, contracapa, sumário, e se a apresentação são coerentes; o tamanho do título e dos tópicos estão adequados.** Justificando-se pela ocorrência de algumas falhas na concordância do conteúdo e ortografia. Assim como, na diagramação, referente à organização dos títulos e na definição do *layout* da estrutura de capa.

Considera-se pertinente argumentar que, durante o momento da elaboração do construto há a necessidade de ampla concentração e dedicação dos profissionais envolvidos,

principalmente pela falta de experiência da pesquisadora no desenvolvimento de aspectos tão peculiares de outras áreas como artística, designe gráfico e linguagem.

Em outros estudos, Nascimento (2012), Sousa (2011) também demonstraram ser este bloco o que mais houve índices inferiores de concordâncias relacionados ao do bloco 2 desse estudo, especialmente referente ao item ortográfico ou linguagem da TE, havendo a necessidade da adequação da linguagem dos símbolos e signos das mensagens que se deseja transmitir para a população-alvo.

Destaca-se, que apesar das indecisões apresentadas neste bloco, houve o incentivo por partes da compreensão dos juízes-especialistas, como mostra um exemplo de interlocução a seguir:

Ee4 – “[...] Mas, como toda construção é complexa, demorada, carecendo de várias etapas de construção e desconstrução, durante a leitura identifiquei algumas incorreções, que podem muito bem serem sanadas”.

No estudo de Cunha (2014) sobre construção e validação de TE, a autora refere ser importante que “os materiais tecnológicos construídos para fins educativos de saúde devem ser acessíveis e claros, pertinente e adequado ao público-alvo a que se destina, carecendo, não apenas informar, mas estimular a reflexão e o cuidar” (p.92).

Dessa forma, foram realizados todos os ajustes e alterações necessárias no manual juntamente com os dois profissionais de designe, assim como, houve a revisão do texto por uma professora de português, conforme indicação de discordância dos itens mencionados, a fim de não causar vieses na validação e assim prosseguir o processo de avaliação, após a confecção da segunda versão do manual, seguiu-se para o público-alvo.

No **bloco 3** os juízes- especialistas avaliaram o constructo do manual no que se refere ao **grau de relevância**, que dispuseram de 5 itens:os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados; a TE permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos; a TE propões a construção de conhecimentos; aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo; a TE está adequado para ser usado por qualquer profissional com o público-alvo.

Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que houve percentual 92,73%, correspondendo a 51 das 54 (100%) respostas optaram por **TA e A**, conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando o manual aceitável e validado neste bloco. O detalhamento das respostas apontam que 29 (52,73%) optaram por **TA**, 22 (40,01%) optaram por **A**, 04 (7,27%) escolheram **PA** e 0 (0,0%) escolheu **I**, como demonstra a **tabela 5**.

Tabela 5 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação dos juízes segundo o Bloco 3 – Relevância.

Bloco/Itens	Escores (N=11)				Percentual de concordância por item TA+AX 100/Total de juízes*
3-Relevância					
3.1	8	3	0	0	100,0
3.2	3	7	1	0	90,91
3.3	5	6	0	0	100,0
3.4	7	2	2	0	81,81
3.5	6	4	1	0	90,91
Subtotal	29	22	4	0	
Percentual por escores (%)	52,72	40,01	7,27	0	92,73

Fonte: pesquisa de campo

Neste bloco os resultados apontam que a maioria dos juízes-especialistas concorda que o manual será relevante para a população-alvo, como aponta o percentual de 92,73%, havendo quase uma unanimidade quanto à importância da TE construída neste estudo, como um instrumento tecnológico de comunicação social.

Andrade (2011) aponta a importância da educação em saúde, através métodos tecnológicos, por proporcionar que população adquira conhecimentos novos sobre cuidados de saúde e prevenção de doenças. E destaca que Ela, a educação em saúde, “compreende um processo contínuo e de grande significado dentro do ambiente hospitalar, pois integra uma das vertentes da humanização no atendimento aos pacientes” (p.95).

Dessa forma, o manual construído neste estudo tem relevância, pois, veio agregar conhecimentos as pessoas pouco esclarecidas quanto aos cuidados familiares necessários após neurocirurgia na pessoa idosa. Dúvidas e questionamentos podem ser sanados, a partir do conhecimento das informações contidas no manual. Nietzsche et al (2005) destacam que a enfermagem possui atualmente, acervo disponíveis de tecnologia educacionais que com motivação para desenvolver e aperfeiçoar podem ser utilizadas de forma para contribuir com a melhoria do cuidado de saúde das pessoas.

No entanto, apesar deste bloco ter alcançado a média pré-estabelecida para validação do manual, no que tange a relevância da TE, foi apontado algumas sugestões pelos juízes para o melhor alcance da qualidade do manual, sendo todas aceitas por considerá-las pertinentes e apropriadas ao construto, tornando-o o mais adequado possível ao público-alvo.

4.3.4 Análise quantitativa dos resultados obtidos no julgamento do manual pelo público-alvo

Após a etapa de avaliação dos juízes que gerou modificações no conteúdo e diagramação no manual, seguiu-se a etapa de avaliação da semântica pelo público-alvo, utilizando o mesmo cálculo da validação dos juízes, para realizar a análise quantitativa. Após

a leitura compartilhada do manual, os pacientes idosos e os seus familiares responderam ao formulário de avaliação, com 26 itens distribuídos em cinco blocos no, que se destinaram a avaliação do objetivo, organização, estilo da escrita, aparência e motivação, adaptados de Teixeira; Mota (2011). O resultado das respostas obtidas é apresentado na **tabela 6**.

Tabela 6: Distribuição dos escores obtidos por pacientes idosos e seus familiares da enfermagem cirúrgica segundo os objetivos, organização, estilo de escrita, aparência e motivação.

Bloco/Itens	Escore (N=8)				Percentual total de concordância TA+A* 100/N
	TA	A	PA	I	TA+A
1-Objetivos					
1.1	5	3	0	0	100%
1.2	2	6	0	0	
1.3	3	5	0	0	
Subtotal	10	14	0	0	
2-Organização					
2.1	4	4	0	0	100%
2.2	2	6	0	0	
2.3	4	4	0	0	
2.4	3	5	0	0	
2.5	3	5	0	0	
2.6	4	4	0	0	
2.7	4	4	0	0	
Subtotal	24	32	0	0	
3-Estilo de escrita					
3.1	3	5	0	0	95,84%
3.2	3	5	0	0	
3.3	4	4	0	0	
3.4	1	6	1	0	
3.5	5	2	1	0	
3.6	1	7	0	0	
Subtotal	17	29	2	0	
4-Aparência					
4.1	6	2	0	0	100%
4.2	6	2	0	0	
4.3	4	4	0	0	
4.4	4	4	0	0	
Subtotal	20	12	0	0	
5-Motivação					
5.1	2	6	0	0	97,92%
5.2	3	4	1	0	
5.3	2	6	0	0	
5.4	4	4	0	0	
5.5	3	5	0	0	
5.6	3	5	0	0	
Subtotal	17	30	1	0	
Total	88	117	3	0	
Percentual geral (%)	42,40	56,25	1,43	0	98,75%

Escore: TA= Totalmente adequado, A= Adequado, PA= Parcialmente adequado, I= Inadequado.
Pesquisa de campo, 2016.

A análise quantitativa, das respostas da população-alvo, quanto aos itens abordados, apresentaram um percentual total de concordância (TA+A) de **98,75%**. Entre os que se mantiveram indecisos (PA) ou discordantes (I), não se identificaram variações significativas. Nessa etapa da validação, cada item avaliado foi considerado pertinente e aplicável, pois obtiveram médias maiores que 70%, como pré-definido na metodologia.

As respostas do público-alvo quanto aos itens avaliados, conforme a tabela acima mostra que os maiores índices para a valoração foram **TA 88 (42,40%)** e **A 117 (56,25%)**, e

um índice muito baixo para **PA** (3) e nenhuma resposta para **I** (0). Revelando que houve uma inclinação dos pacientes idosos e seus familiares a optarem pelas respostas positivas, ou seja, **TA** ou **A**. Sendo assim, os percentuais apresentaram uma variação de concordância de **95,84%** a **100%**. Entre os que se mantiveram neutros ou discordantes não se identificaram variações. Portanto, verificou-se que o manual construído foi considerado pertinente e aplicável em relação ao parecer do público-alvo.

Na análise quantitativa dos pacientes idosos e seus familiares, constatou-se que avaliação foi positiva, embora a descrição realizada no formulário acerca de sugestões e comentários se comparado ao grupo de juízes tenha sido mínima, fato que pode ser explicado pela quantidade significativa de ajustes que foram feitos na tecnologia antes de seguir para avaliação do público-alvo.

Percebeu-se também que os pacientes idosos e seus respectivos familiares, optaram por manter diálogo com a pesquisadora a descrever no formulário sugestões ou comentários.

Oliveira; Lucena; Echer (2014) destacam que manter a ordem, de validação primeiramente pelo o grupo de especialistas e a seguir pelo público-alvo, na fase de avaliação de um manual é importante, por ser necessário que antes de ser avaliado por pacientes e seus familiares, os conteúdos precisam estar bem definidos e organizados.

No **bloco 1** que tange sobre os **objetivos** do manual, referem-se aos propósitos, metas ou fins a serem atingidos com a utilização do manual.

Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 24 respostas (**100%**), foram para **TA e A**, conferindo a aceitação dos itens desse bloco, tornando o manual adequado quanto aos objetivos. Sendo que 10 (41,66%) optaram por **TA**, 14 (58,34%) por **A**, não havendo escolha para **PA** ou **I**.

Como demonstrado na **Tabela 7**.

Tabela 7 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 1 - objetivos.

Bloco/Itens	Escore (N=8)				Percentual de concordância por item $TA+A*100/N$
	TA	A	PA	I	
1-Objetivos					TA+A
1.1	5	3	0	0	100%
1.2	2	6	0	0	
1.3	3	5	0	0	
Subtotal	10	14	0	0	
Percentual por escores (%)	41,66	58,34	0	0	

Pesquisa de campo, 2016.

Conforme dados revelados neste bloco com o percentual de concordância de 100% entre os pacientes idosos e seus familiares quanto aos 3 itens de avaliação do objetivo do manual: o manual atende aos objetivos de vocês; ajudará durante o dia-a-dia de vocês após a alta hospitalar; manual está adequado para ser usado por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo. Destaca-se um comentário feito por um paciente idoso, neste bloco:

Princesa Isabel - “Acho que vai ajudar, tomara que sim”.

Percebe-se um sentimento de esperança e interesse do paciente idoso ao avaliar o manual. A participação do público-alvo na avaliação final do manual possibilita a troca de saberes entre a realidade vivenciada e o conhecimento compartilhado. Para cumprir os objetivos da TE, torna-se essencial sua validação pelos pacientes e familiares, no sentido de representar realmente o que os pacientes necessitam (BARROS, et al, 2012).

No **bloco 2** que avalia a organização do manual, refere-se a forma de apresentar as orientações, incluindo a organização geral, estrutura, estratégias de apresentação, coerência e formatação, com 7 itens. Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 46 (100%), foram para **TA e A**, conferindo a concordância dos itens desse bloco, tornando o manual validado pelo público-alvo, quanto a sua organização. Sendo que 24 (52,18%) optaram por **TA**, 22 (47,83%) por **A**, não havendo escolha para **PA** ou **I**. Como demonstrado na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 2 - organização.

Bloco/Itens	Escore (N=11)				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N
2-Organização					
2.1	4	4	0	0	100%
2.2	2	6	0	0	
2.3	4	4	0	0	
2.4	3	5	0	0	
2.5	3	5	0	0	
2.6	4	4	0	0	
2.7	4	4	0	0	
Subtotal	24	22	0	0	
Percentual por escores (%)	52,18	47,83	0	0	

Pesquisa de campo, 2016.

O percentual de concordância deste bloco foi de 100%, demonstrando que entre os pacientes idosos e seus familiares houve a concordância de que o manual encontra-se organizado nos 7 itens: a capa é atraente e indica o conteúdo do manual; o tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado; vocês acham que os tópicos tem sequência; há

coerência entre as informações de capa, contracapa, sumário e apresentação; o material (papel/impressão) está apropriado; o número de páginas está adequado e os temas retratam aspectos importantes.

A organização de um material impresso, que se referem à sequência do texto, imagens, organização das mensagens que se quer transmitir, sinalização de trechos importantes, o uso de cores, espaçamento, o papel adequado e o tipo de letra, todos esses itens podem facilitar a atenção e a legibilidade do material educativo (SAMEER; SANJEEV, 2010).

Constatou-se em 1 comentários deste bloco que houve a descrição de um familiar sobre o aspecto da cor do manual:

F3- “É bom porque é colorido”.

No estudo de validação com a população-alvo, de Nascimento (2012), também houve comentário sobre as cores, demonstrando que o uso da coloração desperta a atenção, neste estudo a sugeriu-se o uso de cores mais alegres.

O uso das cores é importante por desperta à atenção da mensagem do que se quer transmitir até mesmo das pessoas com pouco ou sem nível de instrução. Devendo seguir as combinações de cor preta sobre a amarela, branca, magenta e cor branca sobre a azul, vermelho, laranja, verde e violeta (IIDA, 2005).

No **bloco 3** que avalia a escrita do manual, refere-se a as características linguísticas, compreensão estilo da escrita do manual, com 6 itens: a escrita está em estilo adequado; o texto é interessante; tom da escrita é amigável; o vocabulário é acessível; há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente; o texto está claro; o estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.

Após avaliação das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 48 (100%), 46 (95,84%) foram para **TA e A**, conferindo a concordância dos itens desse bloco, tornando o manual validado pelo público-alvo, quanto à escrita do manual. Sendo que 17 (35,42%) optaram por **TA**, 29 (60,42%) por **A**, e havendo indecisão com escolha de 2 (4,16%) para **PA**, não havendo escolha para **I**. Como demonstrado na **Tabela 9**.

Tabela 9 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 3 – estilo de escrita.

Bloco/Itens	Escore (N=8)				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N
3-Estilo de escrita					
3.1	3	5	0	0	
3.2	3	5	0	0	
3.3	4	4	0	0	
3.4	1	6	1	0	95,84%
3.5	5	2	1	0	
3.6	1	7	0	0	
Subtotal	17	29	2	0	
Percentual por escores (%)	35,42	60,42	4,16	0	

Pesquisa de campo, 2016.

Os escores do **bloco 3** no item 3.4 referente se há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente e o item 3.5 referente se o texto está claro, 1 pessoa sendo familiar marcou o escore PA significando que houve dúvida nestas questões. Porém, não houve comentários ou sugestão para alterações neste bloco.

No estudo de validação de Sousa (2011), constatou-se que o item referente à linguagem, avaliado pelos juízes-especialistas apresentou a menor pontuação, como neste estudo, porém, na avaliação dos pacientes, a escrita foi o que obteve a melhor pontuação, o que aponta, segundo a autora, a compreensão da linguagem adotada nos estudos, podem parecer ter uma maior acessibilidade ao público que se destina a TE.

Sameer; Sanjeev (2010) abordam que a compreensão do material educativo escrito, muitas vezes é negligenciado durante o seu desenvolvimento, por serem realizados no nível de difícil compreensão, desse modo, é necessário que se leve em consideração o grau de instrução do público-alvo que se destina o material.

No **bloco 4** que avalia a aparência do manual, refere-se às características que avaliam o grau de significação do manual, composto por 4 itens. Após a análise das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 32 (**100%**), foram para **TA e A**, conferindo a concordância dos itens desse bloco, tornando o manual validado pelo público-alvo, quanto a sua aparência. Sendo que 20 (62,50%) optaram por **TA**, 12 (37,50%) por **A**, não havendo escolha para **PA** ou **I**. Como demonstrado na **Tabela 10**.

Na avaliação deste bloco houve percentual de 100% de concordância por pacientes idosos e seus familiares, apontando que o manual encontra-se com aparência adequada, nos 4 itens avaliados: as páginas ou seções parecem organizadas; As ilustrações/desenhos são simples; As ilustrações/desenhos servem para complementar os textos; As ilustrações/desenhos estão expressivas e suficientes.

Tabela 10 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 4 – aparência.

Bloco/Itens	Escores (N=8)				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N
4-Aparência					
4.1	6	2	0	0	100%
4.2	6	2	0	0	
4.3	4	4	0	0	
4.4	4	4	0	0	
Subtotal	20	12	0	0	
Percentual por bloco (%)	62,50	37,50	0	0	

Pesquisa de campo, 2016.

Em relação às ilustrações e desenhos deste estudo, a grande maioria foram criações inéditas pelo design responsável pelas ilustrações, por indicação ou rabiscos da pesquisadora, como exemplo, os desenhos que mostram a retirada da pessoa idosa da rede de dormir, e somente alguns desenhos foram adaptados de outras fontes. Sousa (2011) refere que, as ilustrações de um material educativo, adéquam a imagem ao conteúdo, tornando o texto claro e compreensível para o público-alvo.

Outro ponto a destacar sobre o bloco de aparência, não houve sugestões ou comentário por parte dos pacientes ou familiares, no entanto, houve sugestões dos juízes para que os desenhos fossem mantidos com o mesmo padrão. Situação semelhante ocorreu no estudo de Sousa (2011), que aborda, “ embora alguns juízes tenham manifestados a preferência por um traço comum de desenho, na literatura não se afirma que as imagens devam seguir sempre o mesmo padrão de desenho para melhor resultado deste material”. Porém, ilustrações que mantêm os mesmos aspectos, tornam-se semelhantes após duas a três folheadas do material educativo podendo o conteúdo não ser atraente para o leitor. (p. 128).

No **bloco 5** que avalia a **motivação**, refere-se a capacidade do manual em causar algum impacto, motivação e interesse, composto por 6 itens: o manual é apropriado para o perfil de pessoas idosas e seus familiares; os conteúdos do manual se apresentam de forma lógica; a interação é convidada pelos textos. Sugere ações; o Manual aborda os assuntos necessários para o dia-a-dia das pessoas idosas e seus familiares; convida/instiga a mudança de comportamento e atitude após a alta hospitalar; o manual propõe conhecimentos para vocês e outros pacientes e seus familiares.

Após análise das respostas deste bloco constatou-se que na avaliação geral das 48 (100%), 47 (97,92%) foram para **TA e A**, conferindo a concordância dos itens desse bloco, tornando o manual validado pelo público-alvo, quanto à avaliação da motivação. Sendo que 17 (35,42%) optaram por **TA**, 30 (62,50%) por **A**, e havendo indecisão com escolha de 1 (2,08%) para **PA**, não havendo escolha para **I**. Como demonstrado na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Distribuição dos escores e percentual de concordância por itens obtidos pela avaliação do público-alvo, segundo o Bloco 5 – motivação.

Bloco/Itens	Escore (N=8)				Percentual de concordância por item TA+A* 100/N
5-Motivação					
5.1	2	6	0	0	
5.2	3	4	1	0	
5.3	2	6	0	0	97,92%
5.4	4	4	0	0	
5.5	3	5	0	0	
5.6	3	5	0	0	
Subtotal	17	30	1	0	
Percentual por bloco (%)	35,42	62,50	2,08	0	

Pesquisa de campo, 2016.

Neste bloco no item 5.2 referente ao conteúdo do manual se apresenta de forma lógica, houve indecisão por 1 familiar que marcou PA, neste item foi explicado com termos populares, para melhor compreensão. Havendo 1 comentário neste bloco e 1 como comentário geral ambos feitos por familiares:

I1 - “Nós vamos saber o que fazer e o que não fazer”.

F4- “Vai ajudar muita gente”.

Percebeu-se, a percepção de confiança e de ajuda que a TE irá proporcionar aos que utilizarem no seu cotidiano. No estudo de Souza et al (2014) sobre o preparo dos cuidadores para o desenvolvimento dos cuidados domiciliares com o seu familiar, foi constatado que 60% dos familiares do estudo referiu não saber cuidar do seu familiar. Desse modo, os autores apontam que “o enfermeiro, com sua equipe assistencial, pode promover a criação de planos assistenciais sistematizados para o preparo dos pacientes e familiares cuidadores” (p. 170).

O enfermeiro detém importante papel de identificar durante a internação e o preparo da alta as necessidades dos pacientes e de seus familiares, no sentido de prepará-los para os cuidados domiciliares, estabelecendo uma assistência de forma mais eficaz, diminuindo os anseios, dúvidas e prevenindo possíveis complicações que acarretam em reinternações. Ao desenvolver o cuidar-educando, o enfermeiro estará promovendo a humanização na assistência aos pacientes e seus familiares, promovendo mais tranquilidade e desgaste diante da situação que os mesmo se encontram (SOUZA et al, 2014).

A educação em saúde é considerada uma alternativa para promover a saúde da pessoa idosa, estratégias como o uso da TE, não somente com a pessoa idosa, mas também incluindo a família, podem levar como consequência o empoderamento em relação aos cuidados com saúde e melhor controle da própria vida dessas pessoas (MALLMANN et al, 2015; SANTOS et al, 2009).

A participação de pacientes idosos pós-neurocirurgia e seus familiares na avaliação final do manual possibilitou, a aproximação com realidade vivenciada por eles, apesar dos poucos comentários, percebe-se nesta avaliação o grau de aceitação positivo e o incentivo para a transmissão desse material educativo para outras pessoas.

4.3.5 Análise dos comentários e sugestões obtidos no processo de validação do manual

A análise dos comentários e sugestões dos juízes-especialistas relacionados ao conteúdo textual, as ilustrações, diagramação e layout e avaliação geral. O público-alvo (pacientes idosos e familiares) não fez sugestão de mudança ou alterações gerais no manual como todo. Desse modo, de acordo com as respostas descritivas dos juízes-especialistas, emergiram três focos temáticos: **o manual e suas finalidades; estruturação e legibilidade textual, diagramação; avaliação geral**. Cada foco temático é apresentado em quadros.

O manual e suas finalidades

O primeiro foco temático, denominada “o manual e suas finalidades” refere-se aos propósitos, metas ou fins a serem atingidos com a utilização do manual. O **quadro 8** mostra os comentários e sugestões dos juízes-especialistas em relação aos motivos para o alcance das finalidades do manual.

Quadro 8 – Foco temático - O manual e suas finalidades

Comentário e sugestões dos juízes-especialistas – o manual e suas finalidades	
Alcance das finalidades do manual:	- O manual está completo, aborda diversos assuntos de interesse. - Orientar e socializar o conhecimento sobre os cuidados prestados a idosos submetidos à cirurgia cerebral e seus familiares. - Traz conhecimento necessário para o núcleo familiar saber como lidar com a situação. - O manual contribuirá imensamente para a assistência domiciliar da clientela. - Atende bem as necessidades da pessoa idosa submetida à neurocirurgia. - Informações necessárias para os familiares sentirem-se mais seguros. - O manual poderá ser utilizado por qualquer profissional de saúde.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

O **Quadro 8** revela o grau de concordância dos juízes, representado pelo discurso quanto ao alcance das finalidades do manual que visa contribuir na educação em saúde de familiares e pessoas idosas submetidas a neurocirurgia que necessitarão de cuidados domiciliares após alta hospitalar. Neste contexto, torna-se essencial a concordância por parte dos expertises, quanto às metas e objetivos que se deseja alcançar com o construto produzido.

Diversos estudos apontam ser indispensável à participação dos juízes-especialistas no processo de validação de materiais educativos, principalmente por serem capazes de emitir opiniões e sugestões que favoreçam a finalidade do construto, por meio de suas especializações e vivências na prática sobre a temática da TE (BARROS et al, 2012; SOUSA, 2011; TELES et al, 2014).

Os comentários dos juízes se articulam com o estudo de Camacho et al realizado em 2014, enfatizando que, pode-se prever que o manual contribuirá no processo do cuidado, orientando no que se referem às necessidades específicas da pessoa idosa pós-neurocirurgia e seus familiares após a alta hospitalar. O desenvolvimento de TE promove à educação para a qualidade de vida, pois favorece a participação ativa dos familiares e/ou cuidadores, e ainda propicia e incentiva o autocuidado, dessa forma contribui para que a pessoa idosa tenha uma melhor sobre vida.

Nesta perspectiva, os profissionais da área de saúde, com destaque os enfermeiros, necessitam ser criativos no uso de recursos para a realização do processo de educação em saúde, inovando com a criação de recurso pedagógico capaz de possibilitar a integração dialógica entre enfermeiro, a pessoa idosa e família possibilitando a construção de um conhecimento palpável disponível e de baixo custo. O enfermeiro como agente de saúde educador, atua proporcionando através do uso de TE, a decodificação de conhecimentos estranhos em algo de fácil compreensão por pacientes idosos e seus familiares (BARROS et al, 2012).

Garcia et al (2012) também destacam, ser importante a interação da equipe de saúde com a assistência domiciliar aos pacientes em situações crônicas, diante da realidade enfrentada pelo paciente e familiares, os profissionais de saúde precisam buscar novas maneiras de prestar a assistência a esses usuários, sendo necessário manter a comunicação verbal ou não, entre profissionais de saúde, pacientes e família, visando a criação de um processo de aprendizado, promovendo para o doente e família a participação ativa nesse processo.

Estruturação, legibilidade textual e diagramação

Nesse foco temático, demonstrado no **quadro 9**, os juízes-especialistas apontaram sugestões e comentários sobre a estrutura, legibilidade do texto e a diagramação do manual, coletadas no segundo bloco de avaliação, que se refere à forma de apresentação das orientações ao público-alvo, incluindo a organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

Quadro 9 – Foco temático - Estruturação, legibilidade textual e diagramação

Comentário e sugestões dos juízes-especialistas Estruturação, legibilidade textual e diagramação	
Conteúdo e sequência lógica	- Informações repetidas. - Melhorar a sequência dos títulos. - As frases estão muito longas. - Utiliza uma linguagem que nem sempre é apropriada para a população-alvo. - Sugerir outra forma de manter a temperatura da água morna. - Incentivar o autocuidado da pessoa idosa durante o banho. - Escrever que não deve ser usado talco. -Mencionar a importância de manter acompanhamento com fonoaudióloga e fisioterapeuta.
Concordância e ortografia	-Fazer revisão da redação com correções ortográficas. -Utilizar expressões únicas com o mesmo significado para não confundir os leitores.
Arte e layout	- As cores de fundo não contrastou bem com o texto. - Exemplificar o tipo de sapato adequado com uma figura. - Colocar desenho no quarto como calendário, relógio grande, quadros. - Por os centímetros para a colocação das barras nos banheiro. - O desenho da personagem que orienta fazer mais adulta, parece com uma criança. - Aconselho utilizar fonte <i>sans-serif</i> ou serifada para o corpo de texto das caixas de “Atenção” e “observação”.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Destaca-se que este bloco foi o que mais houve descrição de comentários e sugestões dos juízes, em virtude de possuir a maior quantidade de itens de avaliação e se refere à: apropriação da cartilha para a pessoa idosa e seus familiares; objetividade e clareza das mensagens; informações cientificamente corretas; sequência lógica, estrutura e concordância ortográfica de conteúdo proposto; estilo da redação correspondente ao nível de conhecimento da pessoa idosa e seus familiares; coerência das informações da capa, contracapa e

apresentação; tamanho do título e tópicos adequados; expressão das ilustrações e número de páginas adequadas.

Os participantes fizeram comentários referentes a alguns ajustes relacionados a: coerência das informações; ortografia; tamanho do título; concordância e ortografia; inclusão de novos desenhos; ordem de conteúdo; termos apropriado para as pessoas idosas e familiares.

A estrutura e apresentação da TE são as partes de elaboração de maior complexidade, e de maior riqueza nos comentários e sugestões realizados pelos juízes-especialistas, por isso o processo de validação contribui na reestruturação dos itens para que o material educativo não chegue inapropriado ao público-alvo. (NASCIMENTO, 2012).

A etapa de validação de um manual é também um momento de aprendizagem e é necessário que se esteja aberto às críticas e sugestões dos avaliadores, para que se possa construir algo que de fato atenda os anseios e as necessidades do público que se destina o manual (ECHER, 2005).

Nesta perspectiva, todos os comentários e sugestões foram considerados e todas as alterações solicitadas foram acatadas. O **quadro 10** mostra alguns exemplos das alterações feitas no manual após a avaliação, relacionados ao conteúdo e sequência lógica, concordância, ortografia e a parte artísticas (desenhos e *layout*).

Quadro 10 – Demonstração de exemplos da versão do manual antes da avaliação e depois com a versão com alterações conforme sugestão e comentários dos juízes-especialistas.

Manual versão de avaliação	Manual versão com alterações
1º- Após a alta hospitalar, a pessoa idosa que passou por uma cirurgia cerebral, ou seja, no cérebro, órgão muito frágil.	Após a alta hospitalar, a pessoa idosa que passou por uma cirurgia cerebral, ou seja, no cérebro (dentro da cabeça), órgão muito frágil.
2º- O Acidente Vascular Cerebral (AVC) também conhecido como Derrame – que ocorre quando há entupimento dos vasos.	O Acidente Vascular Cerebral (AVC) também conhecido como “ Derrame ” – que ocorre quando há entupimento das veias .
3º- É importante colocar os telefones de emergência e o endereço da casa ao lado dos telefones existentes.	É importante colocar os números dos telefones de emergência e o endereço da casa ao lado dos telefones existentes.
4º- Título das seções: Cuidados com a comunicação (conversa) com a pessoa idosa	Como conversar com a pessoa idosa
5º-Título das seções: Orientações para a pessoa idosa que prefere ficar em rede	Orientações para a pessoa idosa que dorme em rede

Continuação

6º- Regule a temperatura da água, se tiver chuveiro elétrico.

Regule a temperatura da água, se tiver chuveiro elétrico, **se não tiver, poderá esquentar a água e deixá-la morna. Antes do banho, verifique se a água não está muito quente.**

7º- Ajude a lavar as partes do corpo que a pessoa não **consegue** limpar como partes íntimas, costas, pernas e pés.

Ajude a lavar as partes do corpo que a pessoa não **conseguir** limpar como partes íntimas, costas, pernas e pés.

8º - [...] Evite usar talco.

[...] **Não deve ser usado** talco.

9º - Desenhos:

Antes – Personagem que orienta



Depois – Personagem que orienta



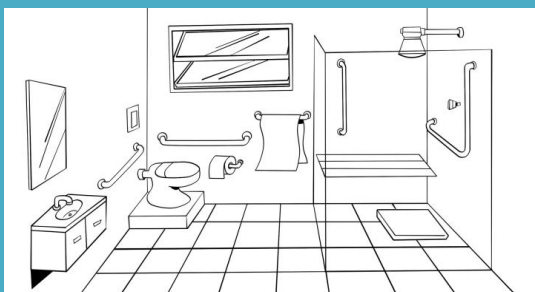
10º -

[...] a pessoa idosa deve usar calçados firmes nos pés, com sola de borracha e fechados atrás. (**não tinha desenho**)

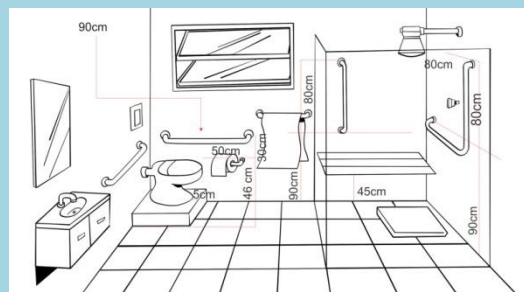
[...] a pessoa idosa deve usar calçados firmes nos pés, com sola de borracha e fechados atrás.



11º - Desenho banheiro antes sem medidas das barras de apoio



Desenho depois com medidas das barras de apoio



Fonte: pesquisa de campo, 2016.

Os juízes-especialistas sugeriram que fossem utilizadas linguagens mais apropriadas para a população-alvo, dessa forma, alguns termos ou palavras que pudesse não ser compreendida foi acrescida de um termo “popular” ou “palavra conhecida”, ou seja, palavras

de uso diário, entre parêntese ou em negrito com aspas para melhor compreensão, como mostra o **primeiro, segundo e terceiro exemplos do quadro 10**.

As palavras conhecidas são de fácil entendimento, o texto escrito com esse tipo de palavra se torna transparente e legível. O que não ocorre quando o texto tem palavras difíceis que o deixa cansativo e incompreensível. “É importante o leitor entender o que o texto quer passar instantaneamente; isso faz com que ele continue a leitura até o final” (BARRETTO, 2009, p.11).

Em relação aos títulos das seções do manual, houve alteração com base nas sugestões, tornando-os menos longos e mais objetivos, como mostra o **quarto e quinto exemplo no quadro 10**.

Andrade (2011) destaca que, na elaboração de novas TE é importante ter a “preocupação acerca do modo como será transmitida ao público-alvo, ou seja, com uma linguagem acessível e de fácil compreensão, de maneira que os objetivos propostos na construção sejam alcançados de forma satisfatória” (p. 82).

O sexto exemplo do quadro 10 - mostra a alteração feita baseado na sugestão de descrever alternativas para manter a água morna quando a pessoa idosa não tem disponível o chuveiro elétrico em casa. Levando em consideração que os idosos deste estudo são oriundos de um hospital público, a sugestão é muito válida, uma vez que, conforme estudo sobre o perfil socioeconômico da pessoa idosa no Brasil, a maioria dos idosos vivem com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo, e em muitos casos se tornam os únicos responsáveis pelo sustento da família. Nesta perspectiva, esses idosos, com baixo rendimento financeiro, buscam atendimento na rede pública de saúde (MELO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2014).

O incentivo ao autocuidado da pessoa idosa também foi uma sugestão extremamente valiosa para ser acrescida e enfatizada no manual. **O sétimo exemplo do quadro 10** mostra que foram trocadas as palavras “não consegue” por “não conseguir”, no sentido de realizar a ajuda somente se a pessoa idosa não for capaz de realizar sozinha, dessa forma retira-se a afirmação para a suposição, demonstrando para a família a importância do estímulo da independência do idoso, mesmo dentro das suas limitações.

Neste sentido, outros estudos também abordam a necessidade de se manter o estímulo de independência da pessoa idosa acometida por doenças crônicas cerebrais, a fim de proporcionar o autocuidado no processo de reabilitação, tornando-o mais ativo e consequentemente uma melhor qualidade de vida (CHULUUNBAATAR; CHOU; PU, 2016; RODRIGUES et al, 2013).

No entanto, Pereira et al (2013) e Oliveira e Caldana (2012) destacam que, o familiar por falta de conhecimento, que gera insegurança ou medo de estar negligenciando o cuidado ou pela sobrecarga de trabalho por assumir sozinho a tarefa de cuidar de seu familiar idoso, não permiti que o mesmo, realize alguma atividade, mesmo possuindo condições físicas e cognitivas para tal. Como consequência dessa falta de conhecimento, o familiar sem intenção, acaba prejudicando a melhora funcional e a possível independência do idoso. Desse modo, Pereira et al (2013) apontam ainda que, o enfermeiro deve assumir a responsabilidade de orientar os pacientes idosos e seus familiares, de forma efetivas e apropriadas, conforme as limitações do paciente idoso e a realidade familiar, antes da alta hospitalar.

Rodrigues et al (2013), no estudo sobre a transição da pessoa idosa com AVE do hospital para casa, também aborda que, o incentivo do autocuidado deve ser iniciado pelo enfermeiro como uma estratégia a partir da internação hospitalar, juntamente com atividade de cuidado e educação em saúde tanto para paciente como seus familiares, para que após a alta hospitalar, seja minimizada a dependência até atingir a independência, conforme as condições da pessoa envolvida.

O oitavo exemplo do quadro 10 refere-se à troca da frase sobre “evitar o uso de talco”, por sugestão de um juiz que considera usar a afirmação “não usar talco”, como melhor orientação, para evitar o uso inadequado desse produto. Sabe-se que o uso de talco pela pessoa idosa não é indicado pelo fato de que se o produto for aspirado pode causar alergias respiratórias, além de contribuir para o ressecamento da pele. A pessoa idosa tem maior risco para desenvolver distúrbios respiratórios, devido aos efeitos fisiológicos do envelhecimento nos pulmões (ELIOPOULOS, 2011).

Quanto aos desenhos, foi sugerida algumas alterações assim como a criação de novos desenhos, como mostra os **exemplos nove, dez e onze no quadro 10**. Foi desenvolvida uma personagem feminina que desse algumas orientações na caixa de “Atenção”, como forma de estimular a observação para a descrição das informações importantes que ajudariam nos cuidados orientados. Foi sugerido por um juiz-especialista que essa personagem parecesse mais com uma pessoa adulta, como mostra a descrição da sugestão na íntegra:

Ee1 – na página 07, a figura do profissional que está chamando a atenção do familiar: a imagem me reporta a uma criança. Sugiro deixá-la mais adulta.

Dessa forma, a sugestão foi aceita e a personagem foi modificada, compreendendo que as orientações e os cuidados da pessoa idosa submetida à neurocirurgia devem ser de responsabilidade de pessoas adultas em virtude da necessidade de cuidados mais diretivos.

A segurança dos idosos no contexto domiciliar submetidos à neurocirurgia foi uma preocupação dos juízes-especialistas deste estudo. Nesta perspectiva, houve sugestões de orientações de cuidados ilustradas em desenhos, demonstrando o tipo de calçado adequado para o uso da pessoa idosa, assim como fossem acrescentadas as medidas das barras de apoio no banheiro.

O risco à segurança das pessoas tende a aumentar com a idade, devido o processo natural do envelhecimento que associado às doenças crônicas, com destaque para as doenças cerebrais, possivelmente afetam a cognição e capacidade funcional, tornando as pessoas idosas com mais vulnerabilidade aos riscos de quedas e lesões. Por isso, o ambiente domiciliar precisa ser adequado para que esses riscos sejam evitados. O enfermeiro precisa identificar os riscos e avaliar as pessoas idosas para realizar intervenções que possam controlar as ameaças existentes que comprometam a segurança e o seu bem-estar, principalmente no contexto domiciliar (ELIOPOULOS, 2011).

Em estudo feito por Oliveira et al (2014) sobre fatores ambientais e risco de quedas em idosos, identificou-se que a ocorrência de quedas em pessoas idosas com comprometimento funcional acontecem dentro da própria casa podendo ser no quarto, sala ou banheiro, durante a deambulação, descida de escadas, banho ou transferência.

Vale destacar que, as sugestões e comentários de modo geral, deste bloco, contribuíram de forma efetiva para o enriquecimento do conteúdo e detalhes das orientações sobre os cuidados descritos no manual.

Avaliação geral

A avaliação geral do manual versa sobre a avaliação dos quesitos referentes à relevância da TE, que enuncia sobre as características que determinam o grau de significação do manual. Permeia-se sobre a importância dos temas, a generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos, construção de conhecimento, adequação dos assuntos e o uso do manual pelo público-alvo e por qualquer profissional de saúde. Os comentários e sugestões são demonstrados no **quadro 11**.

Quadro 11 – Foco temático – Avaliação geral do manual

Comentário e sugestões dos juízes-especialistas	
Relevância da TE	- É relevante e necessário, pode ajudar muitas pessoas. - Importantes orientações para pessoa idosa e seus familiares. - É relevante por que visa o cuidado integral satisfatório e melhor qualidade de vida para os envolvidos. - Este manual poderá sim, ser utilizado por qualquer profissional da equipe de saúde.
Comentários gerais	- Gostei muito do conteúdo trabalhado, essas são informações necessárias para que o familiar possa se sentir mais seguro na demanda do cuidado. - A publicação pode ter mais êxito se for apresentada nos dois formatos: eletrônico e impresso. - Autocuidado foi ressaltado. - Gostaria de parabenizá-las pelo trabalho e iniciativa.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Na avaliação da relevância da TE, cinco juízes optaram por assinalar e comentar e seis optaram por assinalar e não comentar, os que fizeram comentários, sustentam a validação do conteúdo no quesito relevância como mostra os comentários de concordância, com destaque para o comentário a seguir:

Jd1 – “Considerando o aumento da longevidade do brasileiro, conforme indicam os últimos levantamentos do IBGE, este trabalho se mostra extremamente importante”.

Em estudo realizado sobre a construção e validação de uma TE voltados para familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada, a autora destaca que, a realização de estudos voltados ao desenvolvimento de tecnologias que enfoquem a temática de cuidados com pessoas, incluindo o idoso, que apresentam limitações causadas por doenças ou trauma neurológico, mesmo após cirurgia, é considerada muito pertinente por proporcionar o acompanhamento de pacientes cujos cuidados continuam após a alta hospitalar, requerendo dos familiares ou pessoas próximas ao paciente idoso a responsabilidade dos cuidados em seu domicílio (ANDRADE, 2011).

Camacho et al (2014) abordam, em seu estudo sobre a validação de TE voltadas para idosos com demência, a relevância do desenvolvimento de TE impressas, por, promover a educação em saúde, no sentido de favorecer a participação ativa dos familiares ou cuidadores,

incentivando o autocuidado, contribuindo para que o idoso possa ter uma melhor qualidade de vida.

Quanto aos comentários gerais sobre o manual, os juízes-especialistas demonstraram entusiasmos e reconhecimento pela iniciativa da criação de uma nova tecnologia educacional voltada para a pessoa idosa submetida à neurocirúrgica decorrente das DCBV ou por traumas cerebrais. Com destaque para descrição de comentários gerais de alguns dos juízes:

Ee5 – “Acredito que o manual contribuirá imensamente para a assistência domiciliar da clientela de vocês. Parabéns pelo trabalho”.
Ee1 – “Se você ao revir o material conseguisse deixá-lo um pouco mais enxuto, estaria perfeito. Caso analise que não, ele continua pertinente e necessário para o usuário”.

No entanto, para o alcance do sucesso das ações educativas, é necessário que haja a preocupação com os ajustes de emancipação dos sujeitos envolvidos com garantia de organização individual e coletiva, direitos de assistência adequada para o cuidador e para o sujeito cuidado, ou seja, fatores socioeconômicos, como renda familiar, nível de escolaridade, moradia e o estresse diário da realização do cuidado constante, são elementos que interferem na baixa resolução das práticas educacionais (CARVALHO; RODRIGUES; BRAZ, 2013).

Nesta perspectiva, houve a cuidadosa preocupação na construção e validação do manual deste estudo com as características regionais do público-alvo para que se constitua um grande apoio educacional para os familiares e idosos submetidos à neurocirurgia, minimizando as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do processo do cuidado.

Neste sentido, acredita-se que o enfermeiro, ao realizar estudos que contribuam com a reflexão acerca de estratégias de cuidar-educando, poderá despertar um olhar para o contexto da situação social, em busca da melhoria das condições de vida das pessoas. Kaplún (2003) aponta que o material educativo não pode ser considerado apenas como um objeto, que transmite informações, mas que, em determinado contexto, é algo que contribui ou apoia o desenvolvimento de uma nova experiência de aprendizado, trazendo mudanças de atitudes.

5 TERCEIRA VERSÃO DO MANUAL

CUIDADOS FAMILIARES COM A PESSOA IDOSA SUBMETIDA A CIRURGIA CEREBRAL

MANUAL DE ORIENTAÇÕES



Gisele dos Santos Rocha
Ana Paula Pessoa de Oliveira

FICHA TÉCNICA

Este manual é parte da dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada "Cuidados familiares: construção e validação de manual para idosos submetidos a neurocirurgia" defendida e aprovada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação ampla com a Universidade do Estado do Pará.

Com o objetivo de contribuir na educação em saúde de familiares e pessoas idosas submetidas a neurocirurgia que necessitarão de cuidados domiciliares após alta hospitalar.

Produção gráfica e diagramação:
Eunuquis Aguiar Muniz
Israel Gusmão

Revisão textual:
Marlene Gomes

Autoras:
Gisele dos Santos Rocha
Ana Paula Pessoa de Oliveira

Orientação:
Ana Paula Pessoa de Oliveira

Validação:
Euler Esteves Ribeiro
Karoline Rodrigues da Silva
Maria Eliny Ribeiro da Rocha
Thiago Barbosa da Silva
Isabel Cristina Echer
Danielli Piatti Carvalho
Maria do Rosário de Menezes
Lucia Hisako Takase Gonçalves
Rosana Claudia Schreder
Fernando Campos Gomes Pinto
Tito Fernandes

Manaus/AM, 2016.

SUMÁRIO

Apresentação

1-Voltando pra casa após cirurgia cerebral.....	7
2-Doenças e problemas cerebrais e suas complicações.....	8
3-Preparando a casa antes da alta hospitalar.....	9
4- Orientações sobre os cuidados diários.....	10
4.1-Como conversar com a pessoa idosa.....	11
4.2-Higiene e conforto.....	12
4.2.1. – Higiene da boca.....	13
4.2.2 – Orientações para o banho.....	14
4.2.3 – Como levar a pessoa idosa ao banheiro com segurança.....	15
4.2.4- A pessoa idosa que dorme em rede.....	17
4.2.5 – Banho no banheiro.....	19
4.2.6 – Banho na cama.....	20
4.2.7- Cuidados com o uso de fraldas na pessoa idosa	25
4.3- Cuidados com a pele – prevenção de feridas.....	27
4.3.1-Como fazer curativo simples?.....	28
4.4- Cuidados com a alimentação e ingestão de água.....	30
4.4.1- Alimentação por sonda com frasco e equipo.....	31
4.4.2- Alimentação ou medicação por sonda com seringa.....	33
4.5-Cuidados com o uso dos remédios.....	34
4.6- Cuidados com eliminações – urina e fezes.....	36
Referências	39

APRESENTAÇÃO

Este manual tem como objetivo orientar as pessoas idosas submetidas a cirurgia cerebral bem como os seus familiares quanto aos cuidados a serem tomados ao retornarem do hospital para os seus lares, auxiliando-os, assim, nos cuidados diários.

Além de orientações sobre os cuidados, o manual traz informações importantes à pessoa idosa e seus familiares para que saibam reconhecer os sinais e sintomas das complicações comuns após cirurgia cerebral, evitando, dessa forma, danos que possam levar a uma nova internação hospitalar.

Os cuidados descritos neste manual ajudarão nas tarefas diárias que podem ser feitas pela própria pessoa idosa ou com a ajuda de seus familiares, iniciando com as orientações sobre a volta para casa, o conhecimento sobre a doença e problemas cerebrais, o preparo da casa, a comunicação (conversa), higiene e conforto, ajuda para caminhar e mudar de posição, prevenção de feridas, curativo, alimentação, remédios e cuidados com eliminações.

Este Manual não substitui o acompanhamento médico ou de outro profissional da saúde, por isso devem ser mantidas as consultas regularmente. Em caso de dúvidas, procure sempre ajuda de um profissional de saúde.

Desejamos boa leitura e bom uso!!!

1 VOLTANDO PARA CASA APÓS CIRURGIA CEREBRAL

Após alta hospitalar, a pessoa idosa que passou por uma cirurgia cerebral, ou seja, no cérebro (dentro da cabeça), órgão muito frágil e responsável pelo comando da nossa vida, principalmente pelas sensações e emoções, deve procurar levar sua vida normal. Mesmo com alguma incapacidade de movimento do corpo, essa pessoa deve realizar suas atividades diárias como andar, sentar, passear, cuidar da higiene corporal, preparar a alimentação tomando providências quanto ao bom funcionamento do intestino e da bexiga da melhor maneira possível. Deve, também, manter um bom relacionamento afetivo.



Para isso é importante o apoio da família que deve ajudá-la e encorajá-la. Dessa maneira, é possível manter uma vida independente e com melhor qualidade.

ATENÇÃO! A família não pode exagerar no cuidado e na ajuda, devendo estimular a pessoa idosa a realizar suas atividades sozinha, mesmo que demore um pouco mais de tempo. A pessoa idosa que passou por uma cirurgia no cérebro pode estar frágil, ou seja, precisa de cuidados, atenção, paciência e amor do seu ente querido!



2 Doenças e problemas cerebrais e suas complicações

As doenças ou problemas que afetam o nosso cérebro podem ocorrer em qualquer época da vida e podem variar os sintomas de leves a graves, apresentando limitações e até risco de vida.

Dentre as doenças ou problemas cerebrais que mais afetam a pessoa idosa e que podem necessitar de cirurgia como tratamento, destacam-se:

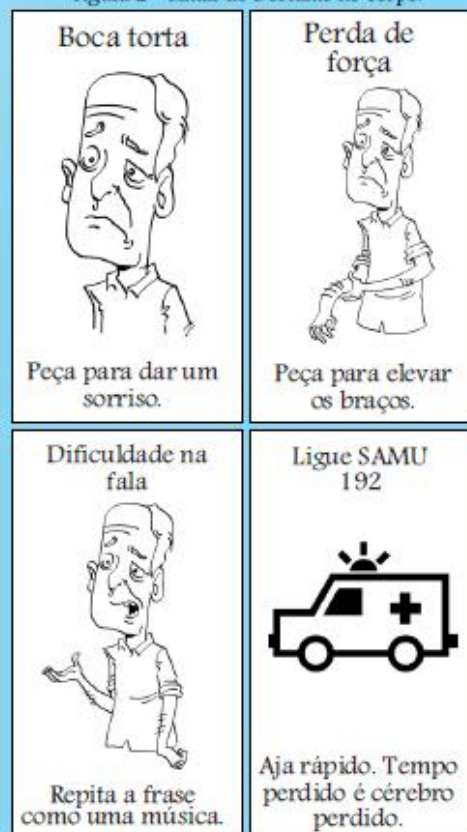
Acidente Vascular Cerebral (AVC), também conhecido como **Derrame**, que ocorre quando há entupimento das veias que levam o sangue ao cérebro. A figura nº 2 mostra os sinais do Derrame.

Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) ocorre quando há um "baque" na cabeça causando hemorragia (perda de sangue) dentro ou fora da cabeça. Muito comum na pessoa idosa que sofre queda batendo a cabeça.

É importante conhecer algumas complicações que podem ocorrer, em casa, após a cirurgia cerebral. Fique atento aos sinais e sintomas, descritos abaixo.

- ✓ Grande agitação e queda. Se tiver em pé ou sentado poderá cair no chão.
- ✓ A pessoa fica desorientada, sem interesse, sonolenta.
- ✓ Dor de cabeça forte com fraqueza e agitação.
- ✓ Vontade de vomitar ou vômito.
- ✓ A pessoa não consegue falar. Fica sem sentir uma parte do rosto.
- ✓ Fica sem sentir a metade do corpo.
- ✓ Dor no pulmão e tosse com catarro.
- ✓ Muito sangramento ou pus no local da cirurgia.
- ✓ Dor forte no local da cirurgia, inchaço ou abertura da cirurgia.
- ✓ Dor quando vai urinar.

Figura 2 – Sinais do Derrame no corpo.



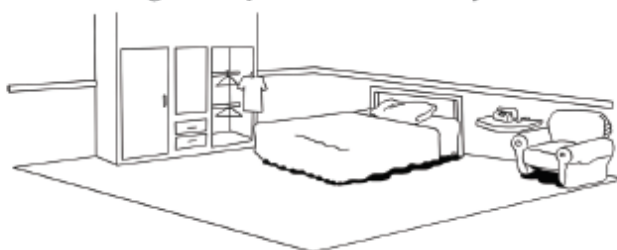
ATENÇÃO! Caso ocorra um ou mais sinais e sintomas descritos anteriormente, ligue imediatamente para o **SAMU, 192**, ou peça pra alguém ligar. Não se esqueça de dizer o que você viu ou está sentindo. Para evitar estas complicações, é importante seguir as orientações da equipe de saúde!!!

3 PREPARANDO A CASA ANTES DA ALTA HOSPITALAR

Familiares, se possível, antes da alta hospitalar, procure arrumar a casa para dar mais conforto, segurança e tranquilidade, pois, dessa maneira, ajudará na recuperação da pessoa idosa.

- O quarto da pessoa idosa deve ser arejado e iluminado, ou seja, abrir a janela para ventilar pode ajudar a evitar doenças respiratórias (figura nº 3).
- Colocar relógio e quadros/fotografias da preferência da pessoa idosa.
- A cama deve ficar sempre com o lençol limpo, seco e esticado para evitar lesão ou ferida (escara) na pele.

Figura 3- Quarto iluminado e arejado



- A altura da cama deve ser entre 45 e 50 cm para que, ao sentar-se na cama, a pessoa idosa consiga colocar facilmente os seus pés no chão, evitando cair caso sinta tontura.
- Usar, se possível, piso antiderrapante na casa. Caso não possa ser usado esse tipo de piso, a pessoa idosa deve usar calçados firmes nos pés, com sola de borracha e fechados atrás. Evitar usar chinelos.
- Para prevenir quedas, evite deixar o piso da casa molhado. As escadas devem ter, no mínimo, um corrimão que vá do primeiro ao último degrau (figura nº 4).

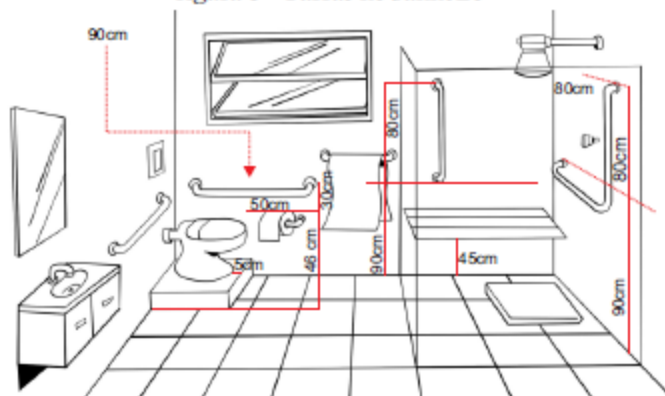


Figura 4- Escada com corrimão



- No banheiro, devem ser colocadas barras de apoio (figura nº5) e, se, possível em outros locais da casa.

Figura 5 – Barras no banheiro



- Evitar colocar tapetes ou encerar a casa, e, se possível, usar tapetes de borracha, principalmente no banheiro, para evitar quedas (figura nº 6).

Figura 6 – Risco de queda pelo uso de tapete



ATENÇÃO! É importante colocar o número dos telefones de emergência e o endereço da casa ao lado dos telefones existentes para que a pessoa idosa, ou seu familiar, possa entrar em contato com o serviço de emergência o mais rápido possível, caso seja necessário.

4 ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DIÁRIOS

Os cuidados que serão descritos a seguir devem ser realizados com atenção, calma e, acima de tudo, carinho, podendo ser realizados pelos familiares ou pela própria pessoa idosa.

4.1 COMO CONVERSAR COM A PESSOA IDOSA

- Algumas doenças ou problemas cerebrais provocam dificuldades na comunicação mesmo após a cirurgia. A pessoa idosa pode ter dificuldade em falar, em compreender, em ver corretamente e em ouvir. Caso a pessoa idosa tenha esse tipo de dificuldade, a família poderá ajudar seguindo as orientações abaixo.

Figura 7 – Comunicação com a pessoa idosa



- ✓ Se possível, mantenha a pessoa num ambiente tranquilo, sem muito barulho, pois isso pode causar irritação e distração para se comunicar.
- ✓ Utilize palavras simples e frases curtas.
- ✓ Fale com a pessoa olhando em seu rosto e procure lugares iluminados para que a pessoa veja o movimento dos lábios de quem fala, pois, assim, entenderá melhor (figura nº 7).
- ✓ Evite tratar a pessoa idosa como criança, falando termos inapropriados como "vovô", "maninho", "velho", "bonitinho", "lindinho", a menos que a pessoa goste.
- ✓ Toque na pessoa quando for falar, isso chama a atenção para você.
- ✓ Ouça a pessoa idosa com calma e paciência e espere que a pessoa entenda o que foi falado, pois a pessoa pode ter dificuldade de entender e responder com rapidez.

✓ A pessoa idosa que passou por uma cirurgia cerebral, muitas vezes, não consegue fazer várias coisas ao mesmo tempo, como levantar, andar e falar. Sua recuperação, total ou parcial, poderá levar algum tempo.

✓ Pode ser dado à pessoa idosa um quadro com palavras, figuras que ela possa apontar. Ou, se a pessoa consegue escrever, deixe sempre papel e caneta perto dela (figura nº 8).

✓ Peça à pessoa idosa que mexa com a cabeça quando entender uma pergunta que pode ser respondida com "sim" ou "não".

Figura 8 – Bloco de papel para a pessoa escrever.



ATENÇÃO! – Familiares, estimulem a pessoa idosa a falar ou escrever tudo o que estiver sentindo ou percebendo e não deixe de dar importância a suas queixas. É importante manter o acompanhamento com o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta. Converse com o seu médico.

4.2 HIGIENE E CONFORTO

A higiene corporal, além de proporcionar conforto e bem-estar, também é importante para a recuperação da saúde e prevenção de doenças. Vamos iniciar com as orientações de higiene da boca.

4.2.1 HIGIENE DA BOCA

A limpeza da boca, mesmo que a pessoa tenha ou não tenha dentes, deve ser feita após cada refeição. Se a pessoa consegue fazer a limpeza da boca sozinha, a família deve providenciar os materiais necessários, orientar, dar apoio e acompanhar a atividade.

Se a pessoa não consegue fazer a limpeza da boca sozinha, a família deve ajudá-la e, para isso, serão necessários os seguintes **materiais: escova de dente semidura ou espátula com gaze ou algodão, canudinho, copo ou bacia, pasta de dente ou solução para higiene da boca, fio dental e toalha de rosto** (figura nº 09).

Figura 09 – Material para a higiene da boca



PARA INICIAR A HIGIENE DA BOCA, SIGA ALGUMAS DICAS

- ✓ Coloque a pessoa sentada em frente à pia ou com a cabeça na lateral da cama. Apare a água com uma bacia caso a pessoa não possa andar (figura nº 10).
- ✓ Antes de começar a escovação, se possível, passe o fio dental entre os dentes da pessoa idosa.
- ✓ Coloque pequena porção de creme dental para evitar que a pessoa se engasgue. Higienize os dentes escovando, primeiro, a parte de cima da boca, nos dentes de trás, depois, a parte de baixo, em seguida, a parte da frente da boca, escovando os dentes na frente e atrás.
- ✓ Escove, também, a língua. Da mesma maneira, faça com a espátula envolvida com algodão, caso não possa ser feito com a escova (figura nº 11).

Figura nº 10 – Escovando o dente com ajuda na cama

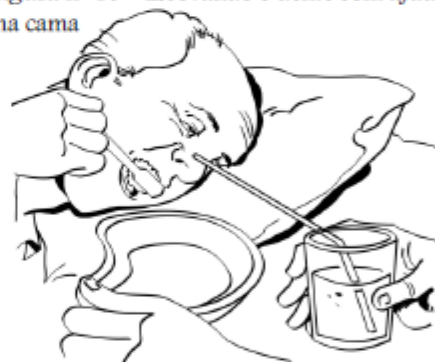
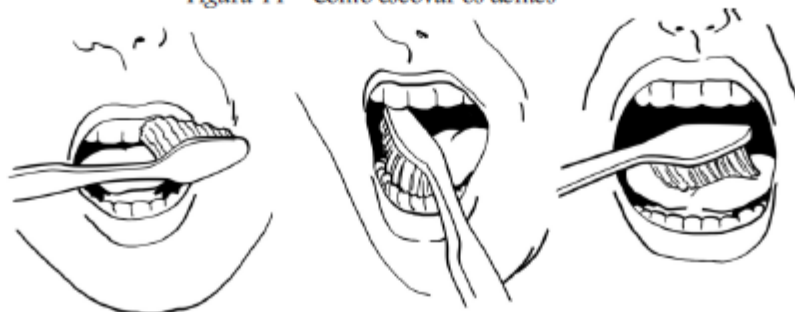


Figura 11 – Como escovar os dentes



- ✓ Dê água limpa para a pessoa lavar a boca.

- ✓ Caso a pessoa não consiga cuspir a água, passe uma espátula com algodão ou gaze na boca, molhados em solução própria para limpeza desta região.
- ✓ Tenha cuidado para não deixar água ou saliva na boca da pessoa idosa, retirando-a com a espátula envolvida em algodão ou gaze, evitando que haja engasgo.
- ✓ Se a pessoa usar dentadura e não conseguir limpá-la sozinha, retire a dentadura e a escove fora da boca, com escova dental de cerdas (pelos) mais duras e creme dental. Escove, primeiro, a parte de trás e, depois, a parte da frente da dentadura (figura nº 12).
- ✓ Quando for necessário remover a dentadura, coloque-a em uma vasilha com água pura, pois a adição de alguns produtos pode danificar a dentadura, e guarde a vasilha em lugar seguro para evitar queda (figura nº 13).

ATENÇÃO!!! A água do copo deve ser trocada todos os dias.

Figura 12 – Limpando a dentadura



Figura 13 – Dentadura no copo com água



4.2.2 ORIENTAÇÕES PARA O BANHO

Em nossa cidade, na maior parte do ano, o clima é muito quente e úmido, causando bastante suor, que pode levar ao desconforto e mal estar corporal para a pessoa idosa. Por isso, é importante que o banho seja tomado todos os dias, mesmo nos dias menos quentes. Familiares, incentivem a pessoa idosa a tomar seu banho e tenham paciência e calma para ajudá-la.

O banho na pessoa idosa pode ser feito de duas formas: **no banheiro ou na cama. Veja as dicas a seguir.**

4.2.3 COMO LEVAR A PESSOA IDOSA, COM SEGURANÇA, AO BANHEIRO

Observações para os familiares

Caso a pessoa idosa não consiga caminhar sozinha até o banheiro, utilize **andador, cadeira de rodas, cadeira de banho** ou peça ajuda de outra pessoa. Veja algumas dicas:

- ✓ Para ajudar a pessoa idosa a se levantar da cama, o familiar deve ficar de frente para a pessoa idosa, colocar um dos seus joelhos na cama, ao nível do quadril da pessoa, e sentar-se sobre seu próprio tornozelo (figura nº14).
- ✓ Em seguida, deve segurar no cotovelo da pessoa idosa que também deve segurar o cotovelo do familiar. Nunca puxe a pessoa idosa pelo braço, isso poderá machucá-la.
- ✓ Caso a pessoa não consiga fazer a passagem para a cadeira, sozinha, ajude-a aproximando a cadeira da cama e peça para que ela apóie os pés no chão. A cadeira e a cama devem ter a mesma altura (45 a 50 cm).
- ✓ A cadeira deve ficar posicionada do lado em que a pessoa tem maior facilidade de movimento. Tome o cuidado de travar a cadeira e a cama. Remova o braço da cadeira e erga o apoio dos pés.
- ✓ Permaneça na frente da pessoa idosa para evitar que ela se desequilibre e caia, depois, dobre os joelhos e passe os braços em torno da cintura dela (Figura nº 15).

Figura 14- Ajudando a pessoa idosa a levantar da cama



Figura 15 - Passando da cama para cadeira de roda



Figura 16- Ajudando a levantar com o cinto



Figura 17 – Ajudando a sentar-se na cadeira de rodas



O Familiar pode usar um cinto para facilitar esse procedimento. Coloque o cinto ao redor da cintura da pessoa idosa e segure-o, como mostra a figura nº16 e, com as pernas levemente dobradas, levante a pessoa idosa.

AJUDANDO A PESSOA IDOSA A CAMINHAR

Dependendo das condições da pessoa idosa, pode ser necessário ajuda de outra pessoa, do outro lado da cadeira, conforme figura nº18.

- ✓ Primeiro, ajude a pessoa idosa a se levantar da cadeira ou da poltrona. A pessoa idosa deve colocar uma mão no braço da cadeira com a outra apoiada pela mão do familiar. Com o outro braço, o familiar deve circundar a cintura da pessoa idosa.
- ✓ Para caminhar, fique bem próxima à pessoa idosa, de preferência, do lado que apresenta alguma deficiência.
- ✓ Também pode ser usado um andador (figura nº19) para ajudar a pessoa idosa a caminhar.

Figura 18 – Ajudando a pessoa idosa a caminhar



Figura 19 – Caminhada com ajuda do andador.



4.2.4 Orientações para a pessoa idosa que dorme em rede

Na nossa Região, é comum que as pessoas idosas durmam em redes (figura nº20), no entanto, não é indicado que pessoas que passaram por cirurgia cerebral durmam em rede nos primeiros sete dias após a alta hospitalar ou que tenham ficado com algumas dificuldades de movimento. Nesse caso, há o risco de queda na entrada e saída da mesma além da dificuldade nos movimentos de mudança de posição e para a higienização pessoal.

A pessoa idosa que consegue caminhar e não tenha apresentado nenhum problema durante os sete dias após a alta e insista dormir em rede, precisa seguir alguns cuidados, tais como:

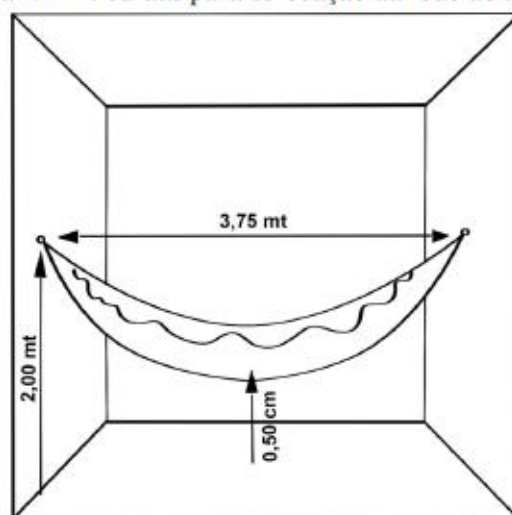
Figura 20 – Rede para dormir



Fonte: acervo pessoal da autora

- ✓ A rede deverá ficar em um lugar ventilado e perto do chão, não deve ficar muito alta, pois a pessoa idosa quando sentar na rede deve apoiar seus pés no chão (figura nº 21).
- ✓ Os armadores devem está bem fixo na parede de cimento ou bem pregados na parede de madeira, para evitar quedas da pessoa idosa.
- ✓ É importante que o familiar ajude a pessoa idosa a entrar e sair da rede pedindo para a mesma colocar os braços em seu pescoço como se fosse o ato de dar um abraço, em seguida o familiar deve abraçar também a pessoa idosa, envolvendo os braços em sua cintura e ao mesmo tempo dobrando as pernas para impulsioná-lo a sair (figura nº 22).

Figura 21 – Medidas para colocação da rede de dormir



Fonte: www.fazfacil.com.br/manutencao/redes-de-dormir/

- ✓ Coloque a pessoa idosa em pé e fique na mesma posição, ajude a caminhar e chegar até o banheiro.

Figura 22 – Ajudando a pessoa idosa a sair da rede



- ✓ Após o banho, a pessoa idosa, já vestida, pode ser levada novamente para rede.

ATENÇÃO! Familiar, peça ajuda de outra pessoa para colocar a pessoa idosa de volta na rede. Desse modo, evitará queda da pessoa idosa. Peça a outra pessoa que se gure a rede enquanto ajuda a pessoa idosa a sentar-se e deitar-se na rede.

4.2.5 BANHO NO BANHEIRO

Familiares, após uma cirurgia cerebral, a pessoa idosa pode ter dificuldade em tomar o banho no banheiro, sozinha, principalmente, em lavar os pés e as costas, podendo sentir tonteira e cair. Sendo assim, é necessário ajudá-la durante o banho, mas não faça o que a pessoa idosa pode fazer sozinha. No local da cirurgia também deverá ser feita a higiene. Veja, a seguir, algumas dicas.

Figura 23 – Banho no banheiro



- ✓ Separe, antecipadamente, as roupas pessoais.
- ✓ Prepare o banheiro e coloque, num lugar perto, os objetos necessários (sabonete, xampu).
- ✓ Retire a roupa da pessoa idosa, ainda no quarto, e a proteja com um roupão ou toalha.
- ✓ Regule a temperatura da água, se tiver chuveiro elétrico, se não tiver, poderá esquentar a água e deixá-la morna. Antes do banho, verifique se a água não está muito quente.
- ✓ Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.
- ✓ Coloque a pessoa idosa no banho e não a deixe sozinha porque ela pode escorregar e cair. Ajude a lavar as partes do corpo que a pessoa não conseguir limpar como partes íntimas, costas, pernas e pés.
- ✓ Verifique, durante a lavagem da cabeça, se a ferida cirúrgica está seca e limpa. Veja as orientações e como fazer o curativo na p. 28.
- ✓ Após o banho, ajude a pessoa idosa a se enxugar, principalmente nas virilhas, costas, pernas e pés, caso ela não consiga fazê-lo sozinha.

Figura 24 – Cadeira para banho

✓ O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou, em cadeiras próprias para banhos, que podem ser encontradas no comércio (figura nº 24).



4.2.6 BANHO NA CAMA

Familiares, caso a pessoa idosa não possa ser encaminhada ao banheiro, o seu banho pode ser feito na cama. Se possível, é melhor que o banho na cama seja feito por duas pessoas, pois, assim, diminui o cansaço para as pessoas que estão fazendo o banho e dá maior segurança à pessoa acamada (figura nº 25). Se não conseguir uma pessoa para ajudar é importante encostar a cama na parede, para evitar queda da pessoa idosa.

Figura 25 – Banho na cama com ajuda de duas pessoas



Antes de começar o banho na cama, é necessário que seja separado o material a ser usado no banho como **bacia, água morna (não deve ser muito fria e nem muito quente), sabonete, toalha, pano limpo, lençóis, fralda geriátrica, forro plástico e roupas, comadre ou papagaio, se tiver em casa (figura nº 26).**

Figura 26 – Material para o banho na cama



OBSERVAÇÃO - Se a pessoa que for dar o banho tiver condição de comprar luvas de borracha ou descartáveis para proteger as mãos, é aconselhável que o faça. Caso não tenha as luvas, lave as mãos antes e depois do banho (figura nº 27).

- ✓ Antes de iniciar o banho, se possível, cubra o colchão com plástico para que o mesmo não fique molhado.
- ✓ Coloque a pessoa idosa, com cuidado, para mais perto de você, retire o travesseiro e mantenha um lençol por cima da pessoa para evitar gripes e resfriados.
- ✓ Inicie o banho na cama pela cabeça, lavando os olhos com um pano molhado, sem sabonete, começando do canto interno do olho para fora (figura nº 28).

Figura 27 - Luvas descartáveis



Figura 28 - Limpeza dos olhos



- ✓ Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano em sua extensão, nas orelhas e no pescoço. **Cuidado para não deixar cair água nos olhos e nos ouvidos** (figura nº 29).
- ✓ Seque o rosto com uma toalha macia.
- ✓ Para a lavagem dos cabelos, com cuidado, coloque a cabeça da pessoa idosa na bacia e segure-a para protegê-la (figura nº 30)

- ✓ Molhe os cabelos derramando água sobre a cabeça e tomando cuidado para não deixar cair nos olhos. **Verifique, na cabeça, se a ferida da cirurgia está seca e limpa. Veja orientações sobre o curativo na p. 28.**
- ✓ Coloque o xampu com cuidado e enxágue. Enxugue os cabelos com uma toalha seca.

Figura 29 - Limpeza do rosto



Figura 30 - Lavagem dos cabelos



Figura 31 – Lavagem dos braços



Figura 32 – Troca da água e pano para continuar o banho



- ✓ Para lavar o ombro e os braços da pessoa idosa, descubra o lado do braço que vai limpar e coloque uma toalha debaixo desse braço (figura nº 31).
- ✓ Lave e enxágue o ombro, a axila, o braço e a mão da pessoa. Troque a água e lave o pano para limpar o outro braço (figura nº 32). Seque bem as partes molhadas com a toalha (figura nº 33).

Figura 33 – Secando o braço e axila



Figura 34 – Lavagem do tórax (peito)



- ✓ Lave o tórax (área do peito) da pessoa idosa.
- ✓ Dobre o lençol até a cintura e passe o pano molhado com sabonete e depois enxágue com o pano molhado o tórax, a barriga e as laterais do corpo (figura nº 34).

- ✓ Seque o tórax com cuidado, principalmente entre as dobras.
- ✓ Cubra o tórax com lençol para aquecer a pessoa (figura nº 35).
- ✓ As pernas da pessoa idosa precisam ser lavadas. Retire o lençol da perna direita até a altura da cintura e passe o pano molhado com sabonete e enxágue-a com o pano molhado limpo, depois, seque a perna (figura nº 36).

Figura 35 – Pessoa idosa coberta



Figura 36 – Lavagem das pernas



- ✓ Cubra a perna direita, retire o lençol da perna esquerda e limpe-a do mesmo jeito que limpou a perna direita.
- ✓ Para lavagem dos pés, coloque-os numa bacia com água morna e sabonete, lave bem entre os dedos e seque, é importante passar creme hidratante nas pernas e pés (figura nº 37).

Figura 37– Lavagem dos pés

- ✓ Após o banho da parte da frente do corpo da pessoa idosa, troque a água da bacia, novamente, pra iniciar o banho na parte das costas (figura nº 38).
- ✓ Ajude a pessoa idosa a deitar-se de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Caso tenha outra pessoa ajudando, deve segurar a pessoa idosa para evitar a queda da mesma (figura nº 39).



- ✓ Tenha cuidado para que a pessoa idosa não fique perto demais da beirada da cama.
- ✓ Limpe, da mesma maneira como fez na parte da frente, com o pano molhado com sabonete e passando o pano limpo e molhado.
- ✓ Seque e passe creme hidratante nas costas para evitar o ressecamento da pele e o surgimento de feridas (figura nº 40).

Figura 38 – Troca d'água bacia



Figura 39– Posição para lavagem das costas



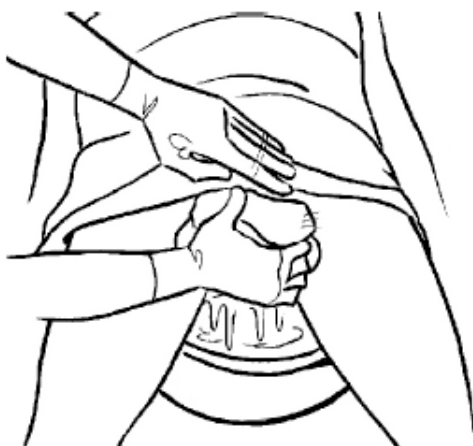
Figura 40 – Limpeza das costas



- ✓ Após terminar a parte das costas, deite novamente a pessoa idosa com a barriga para cima, para poder iniciar a limpeza das partes íntimas.
- ✓ Dobre as pernas e coloque a comadre ou bacia embaixo das nádegas (bumbum) e faça uma pequena abertura nas pernas para poder iniciar a limpeza das partes íntimas.
- ✓ Nas mulheres é importante lavar a vagina sempre no sentido de cima para baixo. Lave a vagina com água morna (não água quente) e depois o ânus passando sabonete íntimo (se tiver em casa) ou sabonete comum.
- ✓ Nos homens, também coloque a comadre ou bacia embaixo do bumbum (Figura nº 41). É importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem.

Figura 41 – Fazendo a higiene íntima

- ✓ Lave o pênis e o ânus com água morna, não água quente, e passe sabonete íntimo, se tiver em casa, ou sabonete comum.
- ✓ Use uma toalha de rosto limpa para secar as partes íntimas, vagina ou pênis.
- ✓ É importante usar um pano macio e que seja somente para fazer a higiene íntima, evitando esfregar com força, pois pode provocar ferimento na pele e formação de feridas.



ATENÇÃO! A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho, todos os dias, e, também, após a pessoa idosa urinar e defecar, evitando, assim, assaduras e feridas.

- ✓ Após o banho na cama, vista a pessoa idosa com roupas limpas. Tendo o cuidado de não deixá-la descoberta.
- ✓ Penteie os cabelos e passe desodorante nas axilas (figura nº 42).

Figura 42 – Passando desodorante na pessoa

Pronto. Agora que a pessoa idosa está com boa higiene, deixe-a confortável na cama!



IMPORTANTE!!! O perfume pode causar irritação na pele da pessoa idosa, por isso, caso a pessoa queira passar perfume, passe-o na roupa. Não deve ser usado talco, pois este pode causar alergia respiratória e na pele.



ALERTA! Lembre-se de lavar as mãos após dar o banho!

4.2.7 CUIDADOS COM O USO DE FRALDAS NA PESSOA IDOSA

O uso de fralda é indicado quando a pessoa idosa não consegue controlar as eliminações de urina ou fezes, principalmente, se a pessoa ficar acamada, após dano cerebral. É importante ter outra pessoa para ajudar a colocar a fralda ou se não houver coloque a cama encostada na parede, evitando a queda da pessoa. Veja algumas dicas para o uso da fralda.

- ✓ A fralda deve ser colocada após a higiene íntima ou sempre que estiver suja com urina ou fezes, devendo ser verificada a cada 2 horas para evitar assaduras e feridas, mantendo o conforto da pessoa idosa. Aproveite o momento da mudança de posição.
- ✓ Familiar, descole e abra a fralda, coloque a parte de dentro da fralda para cima (figura nº 43).
- ✓ Dobre as pernas da pessoa idosa e vire para um dos lados da cama (figura nº 44);

- ✓ Familiar, coloque a fralda limpa embaixo do bumbum da pessoa idosa, vire-a para cima da fralda e prenda com os adesivos, tendo o cuidado de não apertar muito para não causar desconforto e lesão na pele.

Figura 43 – Posição da fralda para colocação

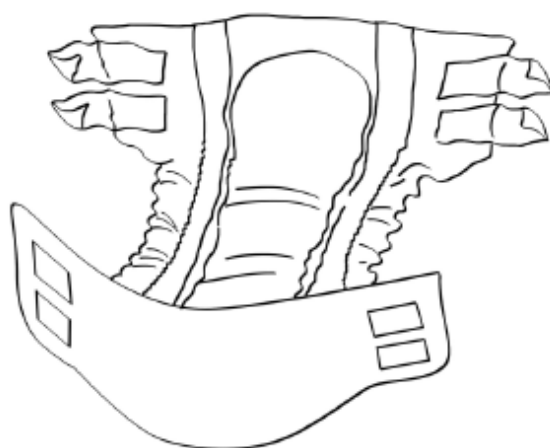


Figura 44 – Posição para colocação da fralda



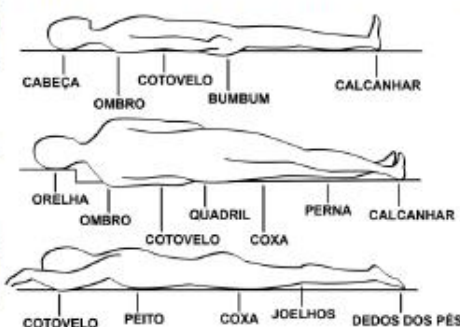
ATENÇÃO! Só use fraldas na pessoa idosa se for realmente necessário, pois o uso da fralda pode causar assaduras e infecção urinária. Procure estimular a pessoa idosa a usar o banheiro, comadre, papagaio e ainda dispositivos tipo "camisinha" (homens) chamado de uripen. A figura demonstrativa e a explicação de como colocá-lo na pessoa idosa estão na p. 38.

4.3 CUIDADOS COM A PELE – PREVENÇÃO DE FERIDAS (ESCARAS)

Os cuidados com a pele são importantes para prevenir feridas, principalmente as **escaras** que são lesões que surgem na pele da pessoa que permanece muito tempo numa mesma posição, causadas pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contato com a cama ou com a cadeira.

- ✓ Os locais mais comuns em que se formam as escaras são **cabeça, ombro, cotovelo, a região do bumbum, calcanhares, quadril, tornozelos, dedos do pé** (figura nº 45).

Figura 45 – Locais onde podem ocorrer escaras



- ✓ Para prevenir as escaras, mude a pessoa idosa de posição pelo menos a cada 2 horas.
- ✓ À noite, deve-se aproveitar para mudar a pessoa idosa de posição quando esta acordar para tomar medicação, ou quando for ao banheiro.
- ✓ Quando mudar a pessoa idosa de lugar ou de posição, faça isso com muito cuidado, evitando que a pele roce no lençol ou na cadeira, pois a pele está muito fina e frágil e pode se ferir. O uso de almofadas e travesseiros ajuda a manter a posição adequada evitando a pressão e contato da pele com o colchão (figura nº 46).

Figura 46 – Mudança de posições

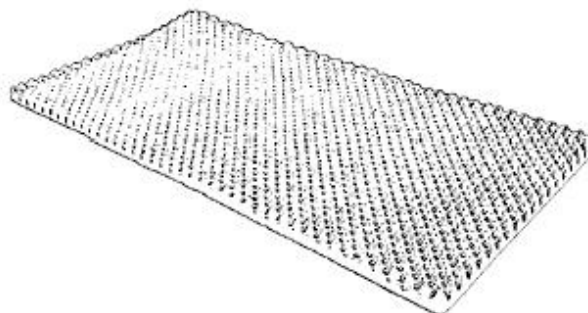


Figura 47 – Ajudando a pessoa a mudar de posição na cadeira

- ✓ Se a pessoa idosa fica a maior parte do tempo em cadeira de rodas ou poltrona, é preciso que a oriente a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega (bumbum), ora sobre a outra.
- ✓ Caso a pessoa idosa não consiga mudar de posição sozinha o familiar pode ajudá-la (figura nº 47).
- ✓ Pode ser usado um colchão de espuma tipo "caixa de ovo" na cama da pessoa idosa, pois ajuda a prevenir as escaras ou lesões de pele (figura nº 48).



Figura 48 – Colchão "caixa de ovo"



4.3.1 COMO FAZER CURATIVOS SIMPLES?

O curativo da ferida cirúrgica deverá ser feito pelo familiar ou pela própria pessoa idosa caso consiga fazer sozinha.

Para realizar o curativo, serão necessários os seguintes materiais: **luva de procedimento, gases esterilizadas, soro fisiológico a 0,9%, e esparadrapo**. O material pode ser adquirido na unidade de saúde mais próxima da sua casa (figura nº 49).

Figura 49 – Material para curativo



✓ Antes de iniciar o curativo lave as suas mãos, para evitar contaminar (sujar) a ferida (figura nº 50).

✓ Coloque as luvas de procedimento (figura nº 51).

Figura 50 – Lavagem das mãos com água e sabão

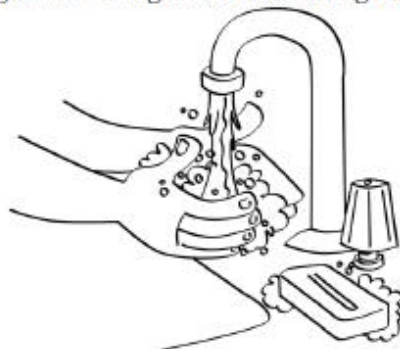


Figura 51 – Luva de procedimento



- ✓ Caso tenha um curativo coberto na ferida da pessoa, molhe com soro fisiológico antes de puxar o curativo para facilitar a retirada do esparadrapo e não puxar os pontos.
- ✓ Passe a gaze molhada com soro na ferida com cuidado para não puxar os pontos. Não precisa cobrir, caso a ferida esteja limpa e seca, deixar a ferida descoberta não vai contaminar (sujar) a ferida (figura nº 52).

Figura 52 – Ferida cirúrgica com pontos



ATENÇÃO!

Os pontos da ferida devem ser retirados após 7 a 10 dias da cirurgia quando a pessoa pode ser levada à unidade de saúde para a retirada dos pontos. É importante fazer a retirada dos pontos neste período de dias para que os pontos não prejudiquem a ferida.

Se a pessoa idosa não puder sair de casa, deve ser chamado um profissional de saúde para fazer a retirada dos pontos.

Quando o curativo for feito, deve sempre observar o estado da ferida, e, se tiver presença de sangue em muita quantidade, pus, inchaço ou vermelhidão, deve ser avisado o profissional de saúde o mais breve possível.



4.4 CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO E INGESTÃO DE ÁGUA

A pessoa idosa deve ser bem alimentada e hidratada no dia-a-dia. Essa conduta ajuda em todo o seu processo de recuperação. O consumo de líquido deve ser valorizado pelos familiares e pela própria pessoa idosa mesmo que a sede não esteja presente.

A sede e a vontade de beber água diminuem com a idade, por isso, é importante que os familiares estimulem a ingestão de água pela pessoa idosa para evitar a desidratação.

- ✓ Para receber a alimentação ou ingestão de água, a pessoa idosa deve estar sentada confortavelmente. Se a pessoa não consegue se levantar, coloque travesseiros nas costas e tente manter a pessoa na posição o mais próximo possível de sentada para evitar engasgos (figura nº 53).

Figura 53 – Posição sentada para se alimentar na cama



- ✓ Jamais ofereça água ou alimentos à pessoa quando estiver deitada, pois ela pode se engasgar.
- ✓ A pessoa deve ficar sentada por pelo menos 30 minutos após ter se alimentado, tomado água, suco ou medicação (figura nº 54).

- ✓ Água, chá ou suco devem ser tomados pela pessoa idosa durante todo o dia. Em média, devem ser dados 8 copos de água por dia e de alimentos ricos em água, tais como, água de coco, leite, sopas e frutas (melão, laranja, abacaxi).

- ✓ É importante manter os objetos pessoais e os locais de preparo e consumo das refeições limpos.

- ✓ Quando for preparar os alimentos não se esqueça de lavar as mãos!!

Figura 54 – Posição sentada para alimentação com e sem ajuda



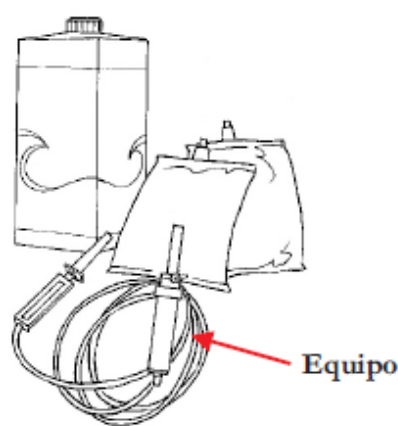
ATENÇÃO! Cuidado com o consumo exagerado de sal e açúcar nas refeições. Assim estará evitando e controlando problemas de pressão alta e diabetes.

Dê preferência aos alimentos ricos em fibras como laranja, couve, mamão, feijão, ameixa, aveia, entre outros. Esses alimentos ajudam a evitar a prisão de ventre que é frequente na pessoa idosa.

4.4.1 ALIMENTAÇÃO POR Sonda COM FRASCO E EQUIPO

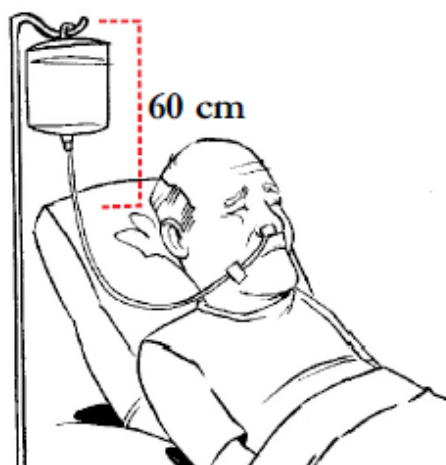
Caso a pessoa idosa tenha recebido alta com sonda no nariz ou na boca para ser alimentada através de dieta enteral (nome dessa alimentação), serão necessários os seguintes materiais:

Figura 55 – Frascos com equipo para alimentação enteral



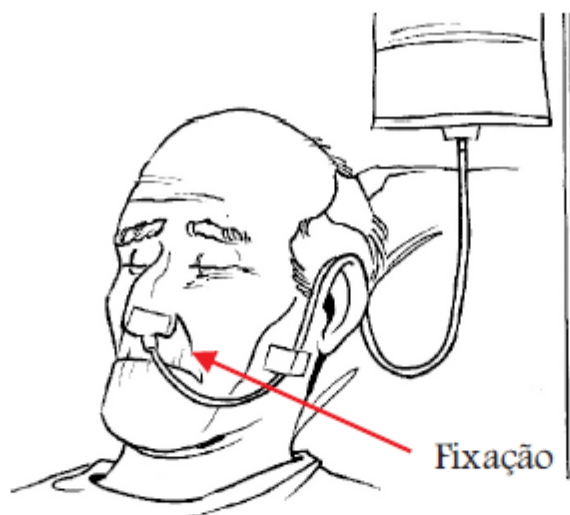
Seringa de 20 ml, frasco próprio fechado para alimentação enteral, com a quantidade a ser inserida no horário, em temperatura ambiente (figura nº 55), copo com água limpa, em temperatura ambiente, equipo próprio para alimentação enteral (figura 55), um suporte, ou um gancho, para pendurar o frasco a altura de 30 a 60 cm acima da cabeça da pessoa que vai receber a alimentação (figura nº 56).

Figura 56 – Suporte para pendurar o frasco da alimentação enteral



- ✓ Não se esqueça de lavar as mãos quando for preparar a alimentação e quando for dar a alimentação à pessoa idosa.
- ✓ Primeiro, deve-se preparar a alimentação que será passada por sonda. Essa alimentação pode ser preparada em casa ou fornecida em local orientado pelo médico ou nutricionista.

Figura 57 – Posição sentada na cama e fixação sonda no nariz



- ✓ A alimentação industrializada já vem pronta. Observar no rótulo a data de validade e as orientações para o uso.
- ✓ A fixação da sonda no nariz da pessoa pode ser trocada pelo familiar, tendo o cuidado para não puxar a sonda e retirá-la do lugar.
- ✓ Na fixação da sonda (figura nº 57) é melhor, se possível, utilizar esparadrapo antialérgico, mudando sempre o local de fixação, assim se evita ferir a pele ou causar alergias.
- ✓ Para ser iniciada a alimentação enteral, verifique se a sonda está no lugar correto. Para isso, peça para o enfermeiro ou médico que veja com você a posição correta da sonda, medindo o comprimento da parte externa com uma fita métrica. Dessa maneira, se a sonda aumentar mais do que 5 centímetros na parte externa, a sonda pode ter saído do lugar, então, nesse caso, não faça alimentação e procure ajuda do profissional de saúde.
- ✓ Após ter confirmado a posição correta da sonda, coloque a pessoa idosa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas. Será necessário ficar nessa posição por 30 minutos, também após o término da alimentação, evitando que, em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões da pessoa idosa.
- ✓ A alimentação enteral pode ser dada através de uma seringa ou um frasco próprio, conectado a um equipo.
- ✓ Coloque o equipo na ponta da sonda e regule o gotejamento de modo que passe gota a gota. Com esse cuidado evita-se a diarreia, formação de gases, distensão do abdome, vômitos e aspiração da alimentação para o pulmão. Além de proporcionar melhor absorção do alimento.
- ✓ A quantidade de alimentação dada de cada vez deve seguir a orientação do médico ou nutricionista.

FIQUE ATENTO! Em caso de diarreia, vômito persistentes, prisão de ventre, febre, entupimento da sonda, saída da sonda, procure ajuda da equipe de saúde.

4.4.2 ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÃO POR SONDA COM A SERINGA

✓ O familiar deve começar aspirando de dentro de um copo com água limpa (potável) 20 ml injetando na sonda para limpá-la (figura nº 58).

✓ Encha a seringa com a alimentação enteral, tire a tampinha da sonda, conecte a seringa na sonda e injete lentamente.

✓ Vá repetindo a quantidade da alimentação até terminar.

Figura 58 – Injetando alimento ou medicação com a seringa



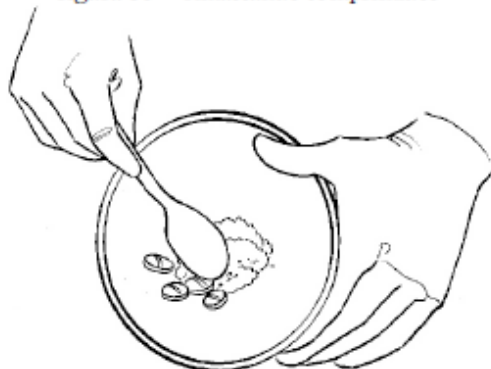
✓ Ao terminar a alimentação enteral, injete na sonda 20 ml a 40 ml de água fria, filtrada e fervida, para evitar que os restos de alimentos entupam a sonda.

✓ Lave bem a seringa e os objetos usados com água e sabão e passe água fervente.

✓ Seque e guarde a seringa na geladeira, num frasco fechado.

✓ No caso de medicação pela sonda, se a medicação for líquida, aspire a quantidade prescrita com a seringa e injete pela sonda.

Figura 59 – Amassando comprimidos



✓ Para comprimidos e drágeas, amasse cada comprimido separado, triture e dissolva em água, aspire com a seringa e injete pela sonda (figura nº 59).

✓ No caso das cápsulas, abra a cápsula, dilua o conteúdo em água filtrada e injete pela sonda.

✓ Após cada medicação, injete 40 ml de água. Procure não misturar medicamentos diferentes.

✓ A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso.

ATENÇÃO! Existem alguns medicamentos que não podem ser passados por sonda. Siga as recomendações do médico ou nutricionista.

4.5 CUIDADO COM USO DOS REMÉDIOS

É importante tomar corretamente os remédios prescritos pelo médico em casa, isso ajudará na recuperação da pessoa idosa. Siga algumas dicas:

- ✓ Mantenha os remédios nas embalagens (caixas) originais, assim fica fácil verificar a data de validade e evita que se misturem e se confundam (figura nº 60).
- ✓ Coloque os remédios em local seco, arejado e longe do sol. Pode ser em armário do quarto ou da cozinha.
- ✓ Evite colocar em armários de banheiros ou perto do filtro de água, pois esses locais podem estragar a medicação e, principalmente, onde crianças não possam mexer (figura nº 61).

Figura 60 – Remédios nas embalagens

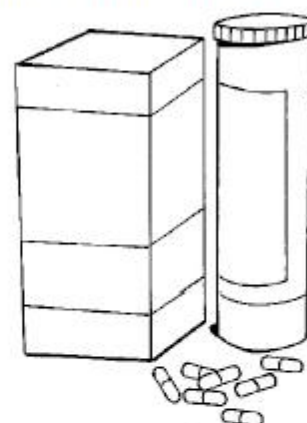
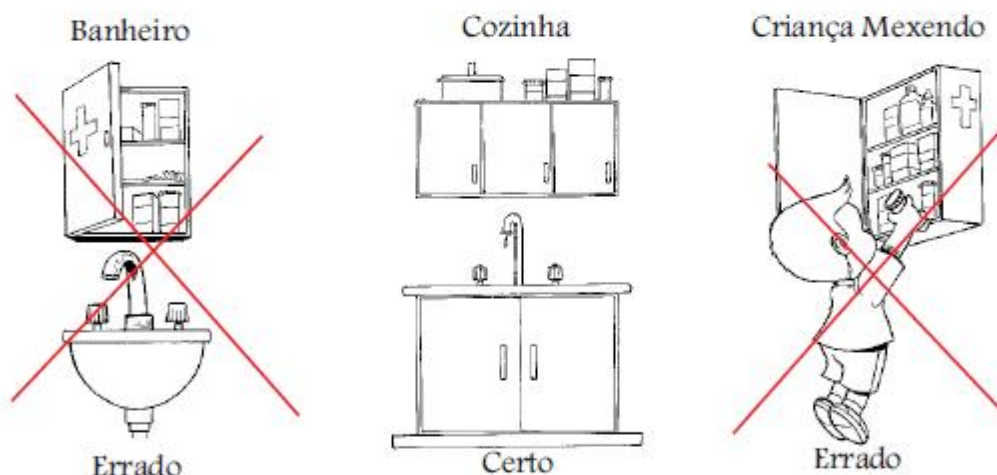


Figura 61 – Locais errados e certos para guardar remédio em casa



- ✓ Caso os remédios precisem ser guardados em geladeira, guarde-os dentro de um saco plástico.
- ✓ Use um pincel ou caneta para colocar a hora dos remédios em cada caixa. Isso ajudará a tomá-los na hora correta.

- ✓ Deixe a última receita junto à caixa dos remédios, pois isso ajudará a verificar a receita em caso de dúvidas ou mostrá-la ao profissional de saúde quando for solicitada.
- ✓ Podem ser usados cartazes lembretes para tomar o remédio na hora correta (figura nº 62).
- ✓ Deixe sempre a luz acesa quando preparar, tomar ou fizer alguma medicação para evitar trocas de medicamentos.

Figura 62 – Cartaz para escrever o nome do medicamento e horário para tomá-lo



- ✓ Utilize sempre os objetos para tomar ou dar a medicação que venham com o medicamento ou usar colher, seringa ou copo limpo (figura nº 63).
- ✓ Verifique na receita médica a quantidade correta de comprimidos ou remédio líquido.
- ✓ Confira sempre o nome do remédio antes do preparo e de dá-lo à pessoa, pois remédios iguais ou diferentes podem ter a mesma cor.
- ✓ Não se esqueça de confirmar o local onde o remédio deverá ser usado (nariz, boca, ouvido, ânus, pele, etc.) para que a medicação seja feita no local correto. Veja exemplo na figura nº 64.
- ✓ Sempre verifique a data de validade do remédio e, caso mude a cor ou apresente outra alteração, jogue-o fora (figura nº 65).

Figura nº 63 – Objetos para o uso de remédios

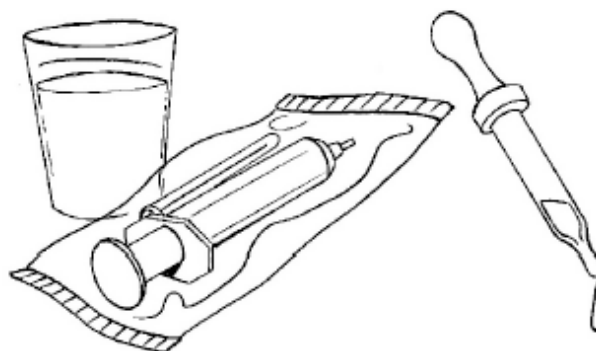
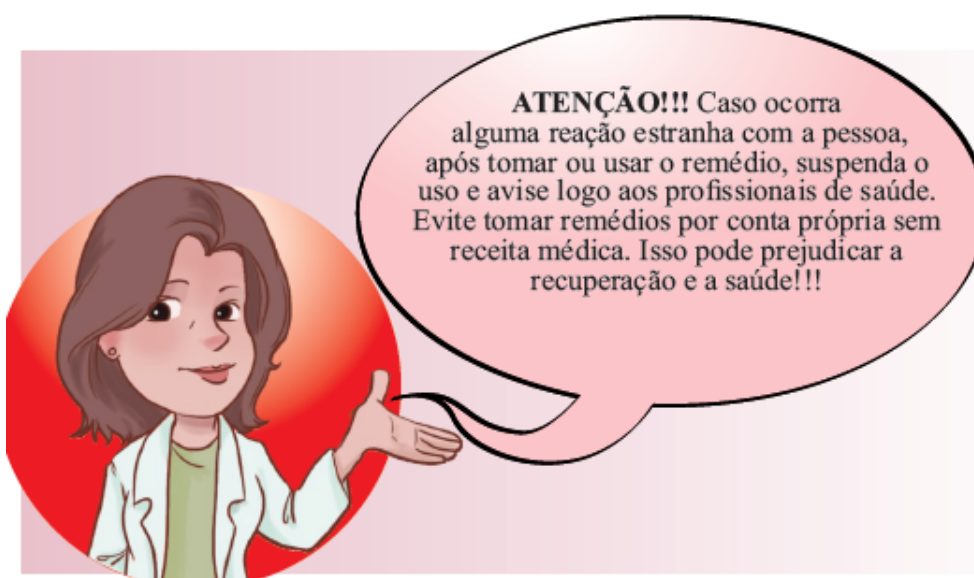
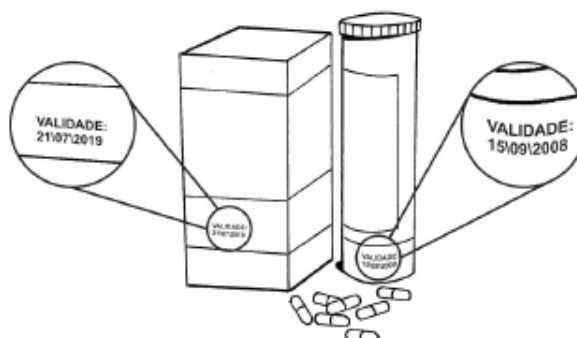


Figura 64 – Tomando remédio pela boca



Figura 65 – Verificação da data de validade da medicação



4.6 CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES – URINA E FEZES

Após a cirurgia cerebral a pessoa idosa pode ter dificuldade no controle das eliminações de urina e fezes, principalmente, se estiver acamada. Veja algumas dicas importantes.

- ✓ Familiar, observe, todos os dias, se a pessoa idosa está urinando e evacuando (fezes). Recomenda-se anotar a quantidade de vezes das eliminações. Caso ocorra diminuição da eliminação de urina ou ausência de fezes por mais de dois dias informe ao profissional da saúde.

- ✓ Oferecer líquidos durante o dia ajuda a evitar a infecção da urina e a prisão de ventre.
- ✓ Para ajudar o intestino a funcionar e evitar a prisão de ventre na pessoa idosa acamada, diariamente, antes do banho, massageie a barriga da mesma com a mão espalmada como se desenhasse um quadrado. Comece pelo lado direito do abdome da pessoa, na parte de baixo, suba para o lado direito a cima, vá para o lado esquerdo a cima, desça a mão para o lado esquerdo a baixo e volte para o lado de baixo direito.
- ✓ Estimule a pessoa idosa a ir ao banheiro para evacuar. O intestino funciona melhor na posição sentada.

ATENÇÃO!!! A observação diária da presença de evacuação (fezes) é muito importante, pois as fezes que não conseguem sair formam um bolo endurecido que fica acumulado no intestino que pode trazer dano à saúde da pessoa idosa e, consequentemente, dificulta o processo de recuperação. Em caso de dúvida procure um profissional da saúde.

- ✓ Poderá ser indicado pelos profissionais de saúde o uso de dispositivo tipo camisinha "uripen" para ajudar na eliminação da urina pela pessoa idosa (figura nº66).
- ✓ O dispositivo poderá ser colocado no pênis pela própria pessoa idosa ou pelo familiar. No caso, serão necessários os seguintes materiais: **Uripen, coletor para coletar a urina (figura nº67) e esparadrapo.**

Figura 66 – Dispositivo tipo camisinha "uripen"

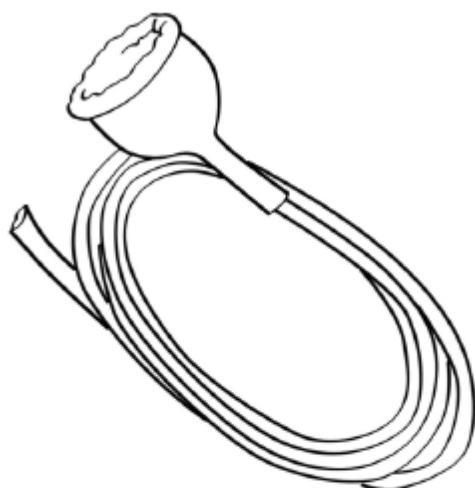
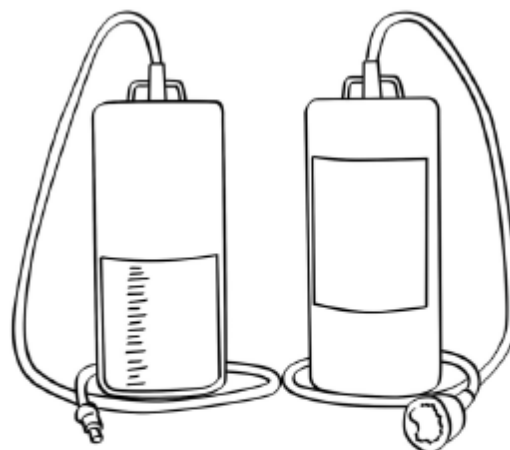
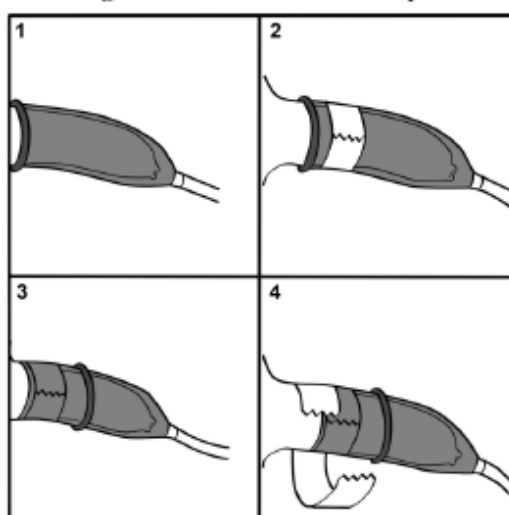


Figura 67 – Coletor para urina



- ✓ Para iniciar a colocação do uripen lave bem as mãos com água e sabão.
- ✓ Coloque o uripen no pênis, de preferência após a higiene íntima, fixando-o, se possível, com esparadrapo antialérgico, para evitar alergias e feridas no pênis. Não deixe ficar muito apertado (figura nº 68).
- ✓ Coloque a ponta no papagaio/ vasilha ou coletor de urina.
- ✓ Mantenha os pêlos ao redor do pênis aparados, pois facilita a colocação do uripen.
- ✓ Retire o uripen uma vez ao dia para lavar e secar bem o pênis.
- ✓ Lave a vasilha ou papagaio de coletar a urina todos os dias.

Figura 68 – Como colocar o uripen



Fonte: ortocuritiba.com.br. Modificado por Eunuquis

ATENÇÃO!!! Fique atento aos sinais e sintomas de retenção da urina (urina presa). Eles podem se manifestar pessoa idosa como sensação de bexiga cheia, mesmo após urinar, distensão (inchaço) na barriga abaixo do umbigo, eliminação da urina em pouca quantidade e aumento da vontade de urinar. Caso a pessoa idosa apresente os sintomas descritos, procure o médico ou outro profissional da saúde.

Telefones importantes

SAMU (Ambulância de emergência): 192

Corpo de Bombeiro: 193

Polícia militar: 190

Denúncia de violência contra a pessoa idosa: 100

Violência contra a mulher: 180

Disque saúde: 136

Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa: 3236-9216

Delegacia Especializada do Idoso: 3214-5800

REFERÊNCIAS

ABREU, CBB; RIBEIRO, MI; PIRES, NR (org.). **Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador**. São Paulo: Atheneu, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do Cuidador**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2v.:Il.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo. Fundação Padre Anchieta – TV Cultura. **Manual dos cuidadores de pessoas idosas**. Disponível em: www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br - acesso em 24/02/2016 às 10h.

OLIVEIRA, MC; LUCENA, AF; ECHER, IC. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 8,n.6, p.1597-603, jun., 2014.

SANCHES, MS; ANGERAMI, ELS. **Idoso: dos cuidados de enfermagem à alta hospitalar**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2008.

SMELTZER, SC. et. al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Vol.4.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura de São José dos Campos. Programa Saúde do Adulto/Idoso. **Acidentes domésticos nos idosos**. Disponível em: www.sjc.sp.gov.br - acesso em 09/05/2016 às 21h.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital de Clínicas da UNICAMP. **Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda**. 2 ed. rev. Campinas. SP, 2011.

WALCOTT, BP et al. Predictors of cranioplasty complications in stroke and trauma patients. **J Neurosurg**, vol. 118, p. 757-62, april, 2013.

6 CONSIDERAÇÃO FINAIS



O estudo referente à construção e validação do manual de cuidados familiares com a pessoa idosa submetida a cirurgia cerebral possibilitou uma pesquisa ativa na literatura sobre a temática. Isso permitiu leitura reflexiva e integrativa dos diversos saberes publicados acerca do contexto do envelhecimento, das implicações dos procedimentos neurocirúrgicos em pessoa idosa e dos cuidados necessários, no âmbito domiciliar, para a recuperação da saúde.

Os resultados encontrados sobre a produção científica desenvolvida pela enfermagem acerca dos cuidados domiciliares com a pessoa idosa submetida a neurocirurgia demonstraram ser incipientes, pois, a maioria dos estudos não detalha o cuidado específico a ser dispensado ao idoso que foi submetido a algum procedimento neurocirúrgico.

A literatura apontou para a necessidade da elaboração de estudos direcionados especificamente ao cuidado domiciliar com idoso que foi submetido a um procedimento neurocirúrgico, pois a realidade indica que cada vez mais idosos necessitam de cirurgias, principalmente, das relacionadas com patologias ou agravos neurológicos. Nesse sentido, novas pesquisas poderão contribuir para a capacitação e preparo relativos aos cuidados domiciliares, tanto para a enfermagem como para as pessoas idosas e seus familiares.

Pôde-se perceber que a construção de uma TE requer um trabalho sistematizado, baseado na valorização das experiências de cuidados e na realidade do público alvo, principalmente, quando se trata de paciente idoso que possui especificidades inerentes ao processo de envelhecimento articulado às peculiaridades culturais da região em que vive.

A valorização de saberes e práticas no passo a passo da construção desse manual foi de extrema importância para que essa tecnologia pudesse refletir as necessidades educacionais de cuidados, de modo que familiares e idosos sintam-se seguros e apoiados na execução de cada tarefa previsível ao seu cotidiano. Nessa perspectiva, seguiu-se o rigor metodológico de associação entre o conhecer e o fazer que possibilitasse a construção de um produto educativo que buscasse favorecer a promoção da saúde e prevenção de agravos à pessoas idosas submetidas a procedimento cirúrgico neurológico.

A validação do manual foi realizada por um comitê de especialistas composto por profissionais com ampla propriedade de conhecimento científico devido a sua qualificação de altíssimo nível e por suas experiências profissionais, o que proporcionou um julgamento sensato, no qual se obteve grau de concordância satisfatório em relação ao construto e objetivos do manual. As sugestões e comentários destes participantes contribuíram significativamente para o aprimoramento dessa tecnologia educativa.

A validação do manual pelo público-alvo, pacientes idosos submetidos a neurocirurgia e seus familiares, foi de suma importância, visto serem os sentimentos de esperança e

entusiasmo que surgiram dos mesmos ao participarem da avaliação do manual, indescritíveis. Ainda, a inclusão dos sujeitos a que se destina o presente trabalho se torna essencial para o alcance da sua finalidade, que é disseminar o conhecimento a fim de que haja emancipação de pessoas, tão necessitadas de apoio e atenção, principalmente, ao receberem alta hospitalar. Além disso, o enfrentamento da nova realidade representa à pessoa idosa a necessidade de adaptação às condições de limitação funcional e de dependência de cuidados contínuos de seus familiares, indispensáveis para a sua recuperação e manutenção da saúde.

Os resultados da validação pelos profissionais mostraram que o manual construído neste estudo, além de se constituir em importante suporte educativo para idosos e familiares, servirá, também, de apoio para a equipe multidisciplinar no processo educacional de preparação para a alta hospitalar e no acompanhamento domiciliar da Estratégia Saúde da Família. Acredita-se que é possível instituir, na prática do enfermeiro e dos outros profissionais de saúde, a utilização dessa tecnologia no cotidiano das suas ações educativas com idosos e familiares antes e após procedimentos cirúrgicos neurológicos. Nessa perspectiva, o enfermeiro poderá se utilizar das orientações verbais associadas a um material escrito que reforce o conhecimento sobre cada cuidado a ser dispensado à pessoa idosa pós-cirurgia.

Considera-se importante que haja a reflexão e reconhecimento do enfermeiro a respeito da necessidade de manter, na sua assistência, o uso desse manual como estratégias de educação em saúde. Recomenda-se a aplicação deste manual validado nesse estudo, durante o processo da alta, de modo que, o enfermeiro estimule o uso do manual aos pacientes idosos e seus familiares, com o intuito de fornecer subsídios básicos e necessários, cujas orientações podem ser seguidas como guia de auxílio após a alta hospitalar.

Salienta-se a necessidade de que profissionais e público-alvo lancem mão da utilização sistemática de uma tecnologia educacional que se configure como suporte no processo de cuidado e como estratégia para a diminuição significativa nas estatísticas de casos de reinternação hospitalar devido ao agravamento da saúde das pessoas idosas após procedimentos cirúrgicos, com destaque para os neurológicos. Além disso, é imprescindível que a formação desses profissionais possibilite a aquisição de competências e habilidades que lhes confira empoderamento no uso adequado das tecnologias educativas em suas ações de cuidado.

Entende-se que este estudo não se esgota aqui. Há a necessidade de continuação e aprimoramento, pois não há limite para o conhecimento que se renova a cada dia. Dessa forma, espera-se que esse estudo possa incentivar a realização de construção e validação de

novas tecnologias educacionais de cuidados na área da gerontogeriatría em prol da promoção e prevenção de agravos à saúde da população idosa.

Nesse sentido, deseja-se que o manual, aqui construído e validado, possa despertar o interesse dos órgãos de saúde pública para sua utilização, confecção e distribuição, sem custos, nos hospitais que atendam os pacientes idosos submetidos a neurocirurgia. Dessa maneira, o enfermeiro e demais membros da equipe terão o material à sua disposição, como ferramenta de auxílio durante sua assistência e como proposta inovadora, de forma a contribuir para a recuperação da saúde e a melhora da qualidade de vida das pessoas idosas submetidas a neurocirurgia e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. M. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada**. 2011. 122p. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, Ceará, 2011.
- BARROS, E.J.L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Rev. Gaúcha enferm.*, Porto Alegre, v.33, n.2, p. 95-101, 2012.
- BARRETO, ECT (Org.). **Manual de redação e estilo**. 3. ed. rev. e aum. Salvador: SEI, 2009. 106 f.
- BAUMANN, M. et al. Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset. **BMC Neurology**, Luxembourg, v.92, n.14, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção especializada. **Implantação a linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral- AVC na Rede de atenção às urgências**. Brasília, DF, 2011.
- _____. Portal da saúde. **Saúde da pessoa idosa**. 2015. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br>> Acesso em: 20 de jul. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM no. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 28 mai. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, DF, 2012.
- _____. Política Nacional do Idoso, Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1.999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20-24.
- _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003**. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília (DF): 2003.
- _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências, 1987.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p. : il.

BOTELHO, LLR; CUNHA, CCA; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Rev. Gestão e Sociedade**. v. 5, n.11, p. 121-36. Maio/Agos. 2011.

BRITO, SRS; FARIAS, VCB; POLARO, SH. Condições de vida e saúde de idosos de uma comunidade ribeirinha no Município de Belém: uma contribuição da enfermagem. In: LOPES, MMB; OLIVEIRA, MFV; POLARO, SH (org.). **Saúde coletiva na Amazônia: experiências acadêmicas em enfermagem**. Belém: L&A, 2012.

CAMACHO, ACLF. et al. Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem: estudo observacional-transversal. **J. res.: fundam. care**. Online. v.6, n.1, jan./mar. p. 8-16. 2014.

CARVALHAIS, M; SOUSA, L. Qualidade dos cuidados domiciliares em Enfermagem a idosos dependentes. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CARVALHO, CJA. **A experiência do idoso com fratura de fêmur**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual Paulista. Faculdade Medicina de Botucatu, 2013.162 p.

CARVALHO, R; BIANCHI, E. **Enfermagem em Centro cirúrgico e recuperação**. Barueri, SP: Manole, 2007.

CARVALHO FILHO, ET; PAPALÉO NETTO, M; GARCIA, YM. Biologia e teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, ET; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 788 p.

CARVALHO, DP; RODRIGUES, RM; BRAZ, E. Estratégias de educação em saúde direcionadas a cuidadores durante a internação. **Acta Paul Enferm**. v. 26, n.5, p. 455-9, 2013.

CASTELLANO, BEP. JOUCLAS, VMG. Assistência de Enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 24, n. 3, p. 359-70, 1990.

COSTA, PB et al. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Rene**. v.14, n.6, p.1160-7, 2013.

COSTA, TF et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, Apr./June, 2015.

COSTA, SRD; CASTRO, EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Rev. Esc. Enferm**. v. 67, n. 6, p. 976-86, 2014.

CUNHA, AGA. **Infecções das vias aéreas superiores: construção e validação de tecnologia educacional com educadores infantis**. 2014. 149 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Manaus. Universidade Federal do Amazonas, 2014.

CUNHA, J. M. P. Redistribuição espacial da população: tendências e trajetória. **Rev.São Paulo Perspec.** vol.17 n. 3-4, São Paulo, July/Dec. 2003.

CHULUUNBAATAR, E; CHOU, YJ; PU, C. Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. **Disability and Health Journal.** v. 9, I. 2, april, p. 306–312. 2016.

ECHER, IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 13, n.5, p. 754-7, p. 756, set/out. 2005.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERREIRA, FPC; BANSI, LO; PASCHOAL, SMP. Serviço de atenção ao idoso e estratégias de cuidados domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-26, 2014.

FERREIRA, DS; TEIXEIRA, E. Educação não tem idade:representações sociais sobre velhice e educação entre idosos Amazônidas. Manaus: FAPEAN/ Martinari, 2013. 104p.

FERREIRA, DS; TEIXEIRA, E; NEVES, ALM. Educação não tem idade: estrutura e conteúdo das representações sociais de idosos sobre educação. **Rev. Cocar. Belém,** v.8, n. 15, p. 57-62, jan/jul, 2014.

FREITAS, EV. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FURUKAWA,TS; SANTO, AH; MATHIAS,TAF. Causas múltiplas de morte relacionadas às doenças cerebrovasculares no Estado do Paraná. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.14, n.2, Jun. 2011.

GALVÃO, CM; SAWADA, NO; ROSSI, LA. A prática baseada em evidência: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-am. Enferm.** v. 10, n. 5, p. 690-5, 2002.

GARCIA, et al. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. **Rev. Enferm. UFSM,** v. 4, n. 1, p. 55-66, jan/mar., 2014.

GARCIA, RP et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro. v.16, n.2, apr./june. 2012.

HEROU, E; ROMMER, B; TOMASEVIC, G. Acute traumatic brain injury: mortality in the elderly. **World Neurosurgery.** v.83, n.6, p.996-1001, june. 2015. Disponível em: <<http://www.scopus.com>> Acesso em: 02/07/2015.

IIDA, I. **Ergonomia:** projeto e produção. 2 ed. São Paulo: Blucher, 2005.

ISRAEL, NEN; ANDRADE, OG (*in memoriam*); TEIXEIRA, JJV. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.16, n. 1, p.1349-1356, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2002**. Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. 261 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as unidades da Federação brasileiros**. Brasília: IBGE; 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 de jul. 2015.

KALACHE, A; VERAS, RP; RAMOS, LR. O envelhecimento da população mundial, um desafio novo. **Rev. Saúde públ.** v. 21, n.3, p. 200-10, 1987.

KAPLÚN, G. Material educativo: a experiência de aprendizado. **Rev. Comunicação e educação**. São Paulo, v. 27, p. 46-60, maio/ago., 2003.

LANZONI GMM; MEIRELLES BHS. Liderança do Enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfer.**, São Paulo, v.19, n.3, maio-jun. 2011.

LESSMANN, et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. **Rev. Esc. Enferm. Brasília**. v. 45, n. 1, p. 198-202, jan-fev. 2010.

LESTER LEE, MBBS et al. Outcomes of chronic subdural hematoma drainage in nonagenarians and centenarians: a multicenter study. **Journal of neurosurgery**. v.124, n.2, p.546-551,feb., 2016.

LIMA, RS; CAMPOS, ML. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma unidade de urgência e emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 45, n. 3, p. 659-64, 2011.

LOPES, et al. Construção e validação de um manual informativo sobre o banho no leito. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 554-60, 2013.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação críticas e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARTINS, J J. et al. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 254-62, abr./jun. 2007.

MARTINS, J J. et al. O Cuidado no Contexto Domiciliar: O discurso de idosos/familiares e profissionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-62, out/dez. 2009.

MALLMANN, DG et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1763-1772, 2015.

MALTA, DC. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília**. Brasília. v.15, n.3, set. 2006.

MARTINEZ, FM. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: PEREZ, EA et al. **O cuidado dos idosos: um desafio para noventa**. Organização Pan-americana da Saúde, 1994, p. 117.

MARSHALL, L.; MEACHEM, L. **Como usar imagens**. São Paulo: Edições Rosari, 2010.

MELO, NCV; FERREIRA, MAM; TEIXEIRA, KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Rev. Bras. de Econ. Dom.**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

MENDOZA, IYQ; PENICHE, ACG. Conhecendo o perfil do idoso cirúrgico. **Saúde Coletiva**, Vol. 30, Núm. 6, 2009, pp. 104-108.

MENDOZA, IYQ. **Paciente idoso cirúrgico: complicações no período de recuperação pós-anestésica**. 2006. p. 104. Dissertação (Mestrado) Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MENDOZA-SUÁREZ, GM. Síndrome de sobrecarga em familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crônica. **Rev Soc Peru Med Interna**. Lima, v. 27, n. 1, p. 12-18, 2014.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, M H M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal: Estudo de Validação**. 2012. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Rev. Einstein**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 54-6, 2008.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2005.

NIETSCHE, E. A.; TEXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. (Org). **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a?** Porto Alegre: Moriá, 2014.

NOGUEIRA, M. M. **Visita pré-operatória ao cliente idoso: estratégias para expansão da assistência de enfermagem sistematizada**. 2011. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, APP. **O cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer**. Curitiba, PR: CRV, 2011.

OLIVEIRA, AS et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos:revisão sistemática. **Rev. Brasil. de Geriat. e Gerontol.**,Rio de Janeiro, v.17, n.3, jul/set., 2014.

OLIVEIRA, ARS. et al. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p.1147-53, 2013.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, APP; CALDANA, RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade** (USP. impresso), v.21, p. 12-26, 2012.

OLIVEIRA, MC; LUCENA, AF; ECHER, IC. Sequelas neurológicas: elaboração de um manual de orientação para o cuidado em saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8,n.6, p.1597-603, jun., 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Aplicación de La epidemiologia al estudio de lós ancianos: informe de um grupo científico de La OMS**. Genebra, 1994. Disponível em: < <http://www.bvsms.saúde.gov.br>> Acesso em: 20 jun. 2015.

OTERO, V. B. **Estudo da mortalidade por desnutrição em idosos na região sudeste do Brasil, 1980 – 1997**. 2001. 113 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E Vet al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

PEDREIRA, LC; LOPES, RLM. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu acidente vascular cerebral. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.5, p.837-40, set-out. 2010.

PEREIRA, RA et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.47, n.1, feb., 2013.

PIASSAROLI, CAP. et al. Modelo de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Neurociência**, v. 20, n. 1, p. 128-137, 2012.

PILGER, C; MENON, M H; MATHIAS, TAF . Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto**, v.19, n.5, sept./oct. 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

RAZERA A.P.R; BRAGA E.M. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2011 jun [acesso em:02 fev. 2015];n. 45 v. 3, p. 632-7.

RODRIGUES, RAP. et al. Transição do Cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 10 fev. 2015];21(Spec):[09 telas].

RODRIGUES, RAP et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul-set. 2007.

ROTHROCK, J. C. **Alexander – Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2007.

SMELTZER, SC et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 4v.

SAMEER, B; SANJEEV, S. Assessing readability of patient education materials: current role in orthopaedics. **Clin. Orthop.Relt. Res.** v. 468, n. 10, p. 2572-80. 2010. Doi: 10.1007/s11999-010-1380

SANTOS, DN. et al. Regime Terapêutico inadequado em idosos acamados no domicílio. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 169-176, abr./jun. 2009.

SANTOS, S S C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2003 . Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282003000200006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 17 nov. 2015.

SILVA, BT. et al. Percepção das pessoas sobre institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. **Rev. da Rede de Enfermagem Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p.118-125, out/dez. 2009.

SILVA, EN. **Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora**. 2013. 186p. Dissertação (Mestrado) Escola de enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SITTA, et al. Avaliação perioperatória do idoso. **Rev. Geriatria & Gerontologia**. v. 2, n. 2, p. 86-94, 2008.

SOUSA, CS. **Educação pós-operatória: construção e validação de uma tecnologia educativa para pacientes submetidos à cirurgia ortognática**. 2011. 166p. Dissertação (Mestrado) Escola de enfermagem. Universidade Federal São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007.

SOUZA I. C. P. et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev. Min. Enferm.** v. 18, n.1, jan./mar. p. 164-172. 2014.

SOUZA, MT; SILVA, MD; CARVALHO, RC. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein.** V. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TEXEIRA, E.; MOTA, V. M. S.S. **Educação em saúde: tecnologias educacionais em foco.** São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Ed., 2011.

TELES, LMR et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev Esc Enferm USP.** v.48, n.6, p. 977-84, 2014.

TORRANCE, ADW; POWELL, SL; GRIFFITHS, EA . Emergency surgery in the elderly: challenges and solutions. **Devepress,** v. 7, set. p. 55-68, 2015. DOI <https://dx.doi.org/10.2147/OAEM>.

THUMÉ, E. **Assistência domiciliar a idosos: desempenho dos serviços de atenção básica.** 2010. 211p. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-graduação em epidemiologia. Pelotas, RS, 2010.

TSERMOULAS, G et al. Surgery for acute subdural hematoma: replace or remove the bone flat? **Word Neurosurgery.** v.88, p.559-575, april, 2016.

WALCOTT, BP et al. Predictors of cranioplasty complications in stroke and trauma patients. **J Neurosurg,** v.118,april, 2013.

WHO- World Health Organization. **Health of the elderly.** Geneva, 1989.

APENDICE A

Formulário – Coleta Revisão Integrativa

No.	Título	Periódico	Ano de publicação	País	Natureza do estudo	Objetivo do Estudo	Tamanho da amostra	Método de análise	Nome dos Descritores	Teoria ou conceitos
1										
2										
3										
4										
5										
6										

Adaptados de Botelho, Cunha; Macedo (2011)

APÊNDICE B

I - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO – JUÍZES- ESPECIALISTAS

Data: __/__/__

Nome do Manual: _____

Parte I – Identificação do Juiz-Especialista

Código/Pseudônimo: _____

Idade: _____

Gênero: M () F ()

Área de formação _____

Tempo de formação _____

Função/cargo na instituição _____

Tempo de trabalho _____

Titulação: Especialista () Mestrado () Doutorado ()

Especificar a área: _____

Parte II – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional (TE) - “Manual de Cuidados domiciliares ao Idoso pós-neurocirurgia”.

Em seguida, analise-a segundo os itens do instrumento marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

- 1- **Totalmente adequado** 2- **adequado**
3- **Parcialmente adequado** 4- **Inadequado**

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item.

Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião.

1-OBJETIVOS – Referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE.

1.1) As informações/conteúdo são ou estão coerentes com as necessidades cotidiana do público-alvo da TE	1	2	3	4
1.2) As informações/conteúdo são importantes para qualidade de vida e/ou o trabalho do público-alvo da TE	1	2	3	4
1.3) Convida e/ou instiga a mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
1.4) Pode circular no meio científico da área.	1	2	3	4
1.5) Atende aos objetivos de instituições que atendem/trabalham com o público-alvo da TE.	1	2	3	4

2-ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO - refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1) A TE é apropriada para o público alvo.	1	2	3	4
2.2) As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3) As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4) Há uma sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5) As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.6) O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4
2.7) As informações de capa, contracapa, sumário, agradecimentos e apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.8) O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.9) As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4

2.10) O número de páginas está adequado.	1	2	3	4
--	---	---	---	---

3- **RELEVÂNCIA** – refere-se às características que avaliam o grau de significação da TE.

1.6) Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados.	1	2	3	4
1.7) A TE permite generalização e transferência do aprendizado a diferentes contextos.	1	2	3	4
1.8) A TE propõe a construção de conhecimentos.	1	2	3	4
1.9) A TE aborda os assuntos necessários para o saber do público-alvo.	1	2	3	4
1.10) A TE está adequada para ser usada por qualquer profissional com o público-alvo.	1	2	3	4

Comentários gerais e sugestões (pode usar o verso da folha)

APÊNDICE C

II - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO – PÚBLICO-ALVO

Data: __/__/__

Nome da TE - Manual: _____

Parte I – Identificação

Pseudônimo: _____

Idade: _____

Gênero: M () F ()

Escolaridade: _____

Parte II – Instruções

Leia o “Manual de orientações: cuidados familiares com a pessoa idosa que passou por cirurgia no cérebro”. Em seguida, utilize o formulário marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente seu ponto de vista sobre cada critério abaixo:

Valoração

- | | |
|--------------------------|---------------|
| 1- Totalmente adequado | 3- adequado |
| 2- Parcialmente adequado | 4- Inadequado |

Para as opções 3 e 4, justifique a valoração dada no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1-**OBJETIVOS** – Referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE.

1.1) Atende aos objetivos do público-alvo do Manual.	1	2	3	4
1.2) Ajuda durante o cotidiano do público-alvo do Manual.	1	2	3	4
1.3) Está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe com o público-alvo do Manual.	1	2	3	4

2-**ORGANIZAÇÃO** – refere-se à forma de apresentar as orientações.

Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1) A capa é atraente e indica o conteúdo do material.	1	2	3	4
2.2) O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.3) Os tópicos tem sequência.	1	2	3	4
2.4) Há coerência entre as informações de capa, contracapa, sumário, agradecimentos e apresentação.	1	2	3	4
2.5) O material (papel/impressão) está apropriado.	1	2	3	4
2.6) O número de páginas está adequado.	1	2	3	4
2.7) Os temas retratam aspectos importantes do tema-foco.	1	2	3	4

3- **ESTILO DE ESCRITA** – refere-se às características linguísticas, compreensão estilo da escrita do Manual.

3.1) A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4
3.2) O texto é interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4
3.3) O vocabulário é acessível.	1	2	3	4
3.4) Há associação do tema de cada sessão ao texto correspondente.	1	2	3	4
3.5) O texto está claro.	1	2	3	4
3.6) O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo.	1	2	3	4

4- **APARÊNCIA** – refere-se às características que avaliam o grau de significação do Manual.

4.1) As páginas ou seções parecem organizadas.	1	2	3	4
4.2) As ilustrações são simples- preferencialmente desenhos.	1	2	3	4
4.3) As ilustrações servem para complementar os textos.	1	2	3	4
4.4) As ilustrações estão expressivas e suficientes.	1	2	3	4

5- **MOTIVAÇÃO** – refere-se ao grau de significação do Manual e a capacidade do material de causar impacto, motivação e interesse.

5.1) O material é apropriado para o perfil do público- alvo.	1	2	3	4
5.2) Os conteúdos do Manual se apresentam de forma lógica e coerente.	1	2	3	4
5.3) A interação é convidada pelos textos. Sugere ações.	1	2	3	4
5.4) O Manual aborda os assuntos necessários para o dia-a-dia do público-alvo.	1	2	3	4
5.5) Convida/instiga a mudança de comportamento e atitude.	1	2	3	4
5.6) O manual propõe conhecimentos para o público-alvo.	1	2	3	4

Comentários gerais e sugestões (pode usar o verso da folha)



APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE PARÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- Juízes-Especialistas

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“CUIDADOS DOMICILIARES PÓS NEUROCIRURGIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS E FAMILIARES”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Gisele dos Santos Rocha, o qual tem por objetivo construir e validar um manual de cuidados familiares para idosos submetidos à neurocirurgia.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da avaliação para validação do referido manual, através do preenchimento de um questionário com perguntas fechadas e espaço para sugestões e comentários.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa serão mínimos, considerando que o desconforto que poderá sentir é o de responder o questionário, dando sua opinião e avaliando o manual proposto. Porém, não é do desejo da pesquisadora que isto venha ocorrer. Se você aceitar participar estará contribuindo para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, assim como trazer subsídios para o campo da enfermagem e demais membros da equipe de saúde.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Porém caso sofra algum tipo de despesas ou prejuízo o Sr (a) será indenizado pelos pesquisadores e terá direito a cobertura material para reparação a danos.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus- AM - 69057-070, pelo telefone (92) 3305-5100/ 3305-5112, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1881, ramal 2004 e celular 99171-2496.

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ____/ ____/ ____

Assinatura da Pesquisadora Responsável



UFAM

APENDICE E

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE PARÁ**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO- População-alvo

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“CUIDADOS DOMICILIARES PÓS NEUROCIRURGIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS E FAMILIARES”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Gisele dos Santos Rocha, o qual tem por objetivo construir e validar um manual de cuidados familiares para idosos submetidos à neurocirurgia.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da avaliação para validação do referido manual, através do preenchimento de um questionário com perguntas fechadas e espaço para sugestões e comentários.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa serão mínimos, considerando que o desconforto que poderá sentir é o de responder o questionário, dando sua opinião e avaliando o manual proposto. Porém, não é do desejo da pesquisadora que isto venha ocorrer. Se você aceitar participar estará contribuindo para enriquecer o conhecimento científico na área de saúde do idoso, assim como trazer subsídios para o campo da enfermagem e demais membros da equipe de saúde.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Porém caso sofra algum tipo de despesas ou prejuízo o Sr (a) será indenizado pelos pesquisadores e terá direito a cobertura material para reparação a danos. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus- AM - 69057-070, pelo telefone (92) 3305-5100/ 3305-5112, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1881, ramal 2004 e celular 99171-2496.

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ____/ ____/ ____

Impressão do polegar caso não saiba assinar

Assinatura da Pesquisadora Responsável



ANEXOS A



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado " **CUIDADOS FAMILIARES: COSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS SUBMETIDOS A NEUROCIRURGIA**", sob a coordenação e a orientação da Profa. Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira e Mestranda Gisele dos Santos Rocha do Curso de Pós-graduação *Strictus Sensu* em Enfermagem, na Escola de Enfermagem de Manaus, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em associação com a Universidade Estadual do Pará – UEPA, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 11 de Novembro de 2015

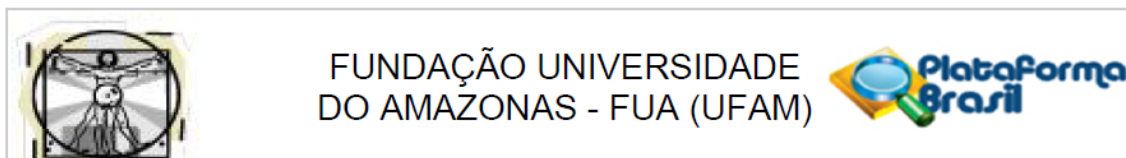
H. P. S. Dr. João Lúcio P. Machado

Dr. José Jorge P. Guimarães

Dr. José Jorge Pinheiro Guimarães

Diretor do HPS "Dr. João L. P. Machado"

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS FAMILIARES: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA IDOSOS SUBMETIDOS A NEUROCIRURGIA

Pesquisador: Gisele dos Santos Rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51300415.0.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.381.016

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em ampla associação com a Universidade Estadual do Pará, da pesquisadora Gisele dos Santos Rocha, sob orientação da profa Dra. Ana Paula Pessoa de Oliveira.

Este estudo abordará a temática da pessoa idosa submetida à neurocirurgia que necessita da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Através deste trabalho será construído e validado um manual sobre as orientações desses cuidados a serem realizados pela pessoa idosa ou seus familiares cuidadores no âmbito domiciliar. O estudo tem como método a abordagem quanti-qualitativa exploratória, uso da técnica de Delphi, dividido em duas etapas, construção e validação do manual. O estudo será realizado em um Hospital de referência de urgência e emergência do Amazonas. Para realizar a construção do manual a pesquisadora contará com a experiência vivenciada na área perioperatória com pacientes idosos por quase 16 anos somado a busca bibliográfica. Para validação do manual será realizada avaliações por juízes especialistas e o público-alvo (pacientes idosos e familiares).

O envelhecimento humano acelerado que o mundo vive na atualidade é considerado um fenômeno e uma conquista social, porém esse cenário trouxe mudanças na saúde das pessoas idosa, como o aumento das doenças crônicas, principalmente as cerebrovasculares. A pessoa idosa acometida

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

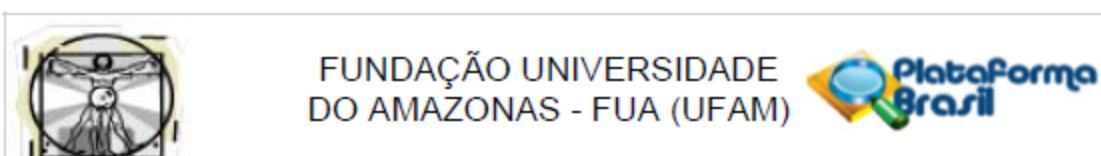
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.381.016

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626056.pdf	11/12/2015 14:09:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUAL.docx	11/12/2015 13:44:51	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/12/2015 13:42:12	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
Outros	FORMULARIO_2.docx	09/12/2015 15:58:05	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
Outros	FORMULARIO.docx	09/12/2015 15:54:55	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	09/12/2015 15:50:57	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	09/12/2015 15:48:49	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/12/2015 15:44:49	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/12/2015 15:42:26	Gisele dos Santos Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANUENCIA.pdf	16/11/2015 22:12:54	Gisele dos Santos Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 23 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)