



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ISABELA DE JESUS GONÇALVES

CONDICIONANTES PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO
HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA À LUZ DA TEORIA
DE AFAF MELEIS

SALVADOR
2021

ISABELA DE JESUS GONÇALVES

**CONDICIONANTES PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO
HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA À LUZ DA TEORIA
DE AFAF MELEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Juliana Bezerra do Amaral

SALVADOR
2021

G635 Gonçalves, Isabela de Jesus.
Condicionantes para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da Teoria de Afaf Meleis/Isabela de Jesus Gonçalves – Salvador, 2021.
66 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Bezerra do Amaral.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências.

1. Cuidado de enfermagem. 2. Cuidado transicional. 3. Alta hospitalar.
4. Idosos. 5. Teoria de enfermagem. I. Amaral, Juliana Bezerra do.
- II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083-053.9

ISABELA DE JESUS GONÇALVES

CONDICIONANTES PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA À LUZ DA TEORIA DE AFAF MELEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Aprovada em 15 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

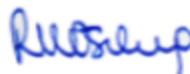
Juliana Bezerra do Amaral – Orientadora



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

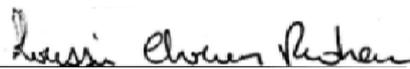
Rosana Maria de Oliveira Silva – Examinadora



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

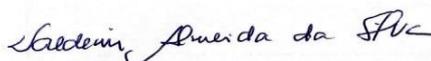
Larissa Chaves Pedreira – Examinadora



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

Valdenir Almeida da Silva – Suplente



Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha família que me apoiou em todas as transições vividas até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus!

A minha mãe Isabel e meu irmão Déivid, pelo apoio desde sempre.

A meu esposo Adson, pelo companheirismo e paciência.

A minha filha Maya, pelas doses diárias de incentivo.

A orientadora Juliana Amaral, pela paciência e compreensão.

As professoras Tânia Oliva e Larissa Pedreira, líderes do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI) e a todos os membros do grupo pela convivência e troca de conhecimento infraestrutura, professores e colegas.

Ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, pelo estímulo através da seleção do meu projeto e pela qualidade na atenção ao discente.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior, pelo apoio financeiro.

A todos/as aqueles/as que entrevistei, pelo tempo dedicado e a confiança em conceder seus depoimentos.

A todos/as por possibilitarem essa experiência enriquecedora que proporcionou meu crescimento pessoal e profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Que ninguém se engane, só consigo a simplicidade através de muito trabalho.

Lispector (1998, p.21)

GONÇALVES, Isabela de Jesus. Condicionantes para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da Teoria de Afaf Meleis. 66 f. il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Objetivo: Analisar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa a luz da teoria de Afaf Meleis. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com cuidadores familiares de pessoas idosas que participaram do Projeto de Pesquisa e Extensão intitulado Cuidados de Transição da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. Os critérios de inclusão foram ser cuidador familiar e atender ao contato telefônico após retorno ao domicílio. Os critérios de exclusão foram: cuidador familiar em que o idoso foi a óbito, contatos errados ou inexistentes, não atender a tentativas de contato telefônico, não souberam responder. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a maio de 2021, por meio do contato telefônico via dispositivo de telefonia móvel onde foi realizada entrevista semiestruturada guiadas por questões abertas que foram audiogravadas e transcrita na íntegra para posterior análise. Foram entrevistados nove cuidadores familiares de pessoas idosas que já haviam recebido alta hospitalar. A análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo, considerando os pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis. **Resultados:** Os condicionantes facilitadores para a transição hospital-domicílio da pessoa idosa foram o significado positivo para o retorno ao domicílio após hospitalização, a espiritualidade/religiosidade para enfrentamento da condição saúde/doença estabelecida, a estabilidade financeira, o preparo para gerenciamento do cuidar no domicílio e rede de apoio social e comunitária disponível. Os condicionantes inibidores para a transição hospital-domicílio foram o significado negativo para o retorno ao domicílio, o déficit da pessoa idosa para o autocuidado, a insegurança financeira, a falta de preparo para o cuidar no domicílio e a ausência da rede de apoio social e comunitária. **Conclusão:** Os dados do estudo possibilitam concluir que o processo de transição hospital-domicílio da pessoa idosa é complexo e subjetivo. Por isso, a enfermeira deve direcionar sua atenção aos condicionantes com interesse em promover intervenções que potencialize os facilitadores e atenuem os inibidores, contribuindo assim para o alcance da transição saudável para a pessoa idosa.

Palavras-chave: Alta do paciente. Cuidado transicional. Idoso. Cuidado de enfermagem. Teoria de enfermagem.

GONÇALVES, Isabela de Jesus. Conditions for transition from hospital-home care for the elderly the light of Afaf Meleis' Theory. 66 f. ll. Dissertation (Masters in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

Objective: To analyze the enabling and inhibiting conditions in the transition process of hospital-home care for the elderly in the light of Afaf Meleis' theory. **Method:** This is a qualitative, descriptive research, carried out with family caregivers of elderly people who participated in the Research and Extension Project entitled Transition Care at the Federal University of Bahia School of Nursing in Salvador, Bahia, Brazil. The inclusion criteria were being a family caregiver and answering the telephone call after returning home. Exclusion criteria were: family caregiver in which the elderly person died, wrong or non-existent contacts, not responding to telephone contact attempts, they were unable to respond. Data collection occurred between January and May 2021, through telephone contact via mobile phone device, where a semi-structured interview was conducted, guided by open questions, which were audio-recorded and transcribed in the integration for further analysis. Nine family caregivers of elderly people who had already been discharged from the hospital were interviewed. Data analysis was carried out through content analysis, considering the assumptions of Afaf Meleis' Theory of Transitions. **Results:** The facilitating conditions for the hospital-home transition of the elderly were the positive meaning for returning home after hospitalization, spirituality/religiosity to face the established health/disease condition, financial stability, preparation for care management in the home and available social and community support network. The inhibiting conditions for the hospital-home transition were the negative meaning for the return to the home, the elderly person's deficit for self-care, financial insecurity, the lack of preparation for care at home and the absence of the social support network and community. **Conclusion:** The study data allow us to conclude that the hospital-home transition process for the elderly is complex and subjective. Therefore, nurses must direct their attention to conditions with an interest in promoting interventions that enhance facilitators and mitigate inhibitors, thus contributing to achieving the healthy transition for the elderly.

Keywords: Patient discharge. Transitional care. Old man. Nursing care. Nursing theory.

GONÇALVES, Isabela de Jesus. Condiciones para la transición de la atención hospitalaria a domicilio para las personas mayores la luz de la teoría de Afaf Meleis. 66 f. II. Disertación (Maestría en Enfermería y Salud) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2021.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las condiciones habilitadoras e inhibidoras en el proceso de transición de la atención hospitalaria-domiciliaria del anciano a la luz de la teoría de Afaf Meleis. **Método:** Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva, realizada con cuidadores familiares de ancianos que participaron del Proyecto de Investigación y Extensión titulado Cuidado de Transición en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía en Salvador, Bahía, Brasil. Los criterios de inclusión fueron ser cuidador familiar y atender la llamada telefónica después de regresar a casa. Los criterios de exclusión fueron: cuidador familiar en el que falleció el anciano, contactos erróneos o inexistentes, no respondió a los intentos de contacto telefónico, no pudo responder. La recolección de datos se realizó entre enero y mayo de 2021, a través del contacto telefónico a través de un dispositivo de teléfono móvil, donde se realizaron entrevistas semiestructuradas, guiadas por preguntas abiertas, las cuales fueron grabadas en audio y transcritas íntegramente para su posterior análisis. Se entrevistó a nueve cuidadores familiares de ancianos que ya habían sido dados de alta del hospital. El análisis de datos se realizó mediante análisis de contenido, considerando los supuestos de la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. **Resultados:** Las condiciones facilitadoras para la transición hospital-hogar de los ancianos fueron el significado positivo para el regreso a casa después de la hospitalización, la espiritualidad / religiosidad para enfrentar la condición de salud / enfermedad establecida, la estabilidad financiera, la preparación para la gestión del cuidado en el hogar y red de apoyo social y comunitaria disponible. Las condiciones inhibidoras para la transición hospital-hogar fueron el significado negativo para el regreso al hogar, el déficit de autocuidado del anciano, la inseguridad financiera, la falta de preparación para el cuidado en el hogar y la ausencia de la red de apoyo social y comunitario. **Conclusión:** Los datos del estudio permiten concluir que el proceso de transición hospital-hogar del adulto mayor es complejo y subjetivo. Por tanto, el enfermero debe dirigir su atención a las condiciones con interés en promover intervenciones que potencien los facilitadores y mitiguen los inhibidores, contribuyendo así a lograr la transición saludable del adulto mayor.

Palabras clave: Alta del Paciente. Atención de transición. Anciano. Cuidado de enfermera. Teoría de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Transições: uma teoria de médio alcance	27
Figura 2	Fluxograma de inclusão dos participantes no estudo	30
Figura 3	Condicionantes facilitadores e inibidores para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021	34

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e econômica dos cuidadores familiares de pessoas idosas. Salvador, Bahia, Brasil. 2021	33
Quadro 1	Condicionantes facilitadores para a transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021.....	36
Quadro 2	Condicionantes inibidores para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
NESPI	Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UBS	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Envelhecimento e saúde	20
3.2 Transição do cuidado hospitalar-domicílio da pessoa idosa	22
3.3 Estratégias de transição de cuidados	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO	26
4.1 Afaf Ibrahim Meleis	26
4.2 Teoria da Transições	26
5. METODOLOGIA	29
5.1 Tipo de estudo	29
5.2 Cenário do estudo	29
5.3 Participantes do estudo	30
5.4 Coleta de dados	30
5.5 Análise de dados	31
5.6 Aspectos éticos	32
6. RESULTADOS	33
7. DISCUSSÃO	42
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	60
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	64

1. INTRODUÇÃO

A transição é um processo desencadeado por mudanças, definida como passagem de uma fase, condição ou *status* da vida para outra. Outro conceito comumente usado para a transição decorre quando a realidade de uma pessoa é interrompida, causando uma mudança forçada ou escolhida que resulta na necessidade de construir uma nova realidade. A transição envolve mudanças pessoais, de desenvolvimento, relacionais, situacionais, sociais ou ambientais (MELEIS, 2010). Nessa perspectiva, a transição não é vivenciada de maneira uniforme mesmo quando as circunstâncias são semelhantes.

Embora o ser humano sempre enfrente muitas mudanças ao longo da vida que desencadeiam processos internos, a transição se relaciona à sua saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si. A transição de papéis da vida adulta à velhice, por exemplo, é acompanhada de problemas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, desencadeando um processo de transição saúde/doença. Esta, se relaciona à experiências de doenças, como diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação, recuperação e envelhecimento (MELEIS, 2010).

A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos e mude a definição de si mesma no contexto social, de uma pessoa saudável ou doente, ou de necessidades internas e externas, que afetam o estado de saúde (MELEIS, 2010). Nesse sentido, a transição no processo saúde/doença estabelece diante da passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, novos modos de cuidar. A passagem do hospital para o domicílio, para o ambulatório ou para centros de reabilitação são explorados nessa transição. O momento da transferência do paciente do hospital para o domicílio, configura-se uma importante estratégia para garantir o cuidado integral durante a hospitalização e após a alta hospitalar.

A transição do cuidado é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde, que frequentemente dependem de tecnologias e dispositivos para a continuidade do cuidado, precisando de profissionais qualificados e recursos de apoio no momento da alta (LIMA et al., 2018). No entanto, o modelo de assistência vigente, concebido para lidar antes de tudo com doenças agudas e infectocontagiosas, terá que acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico da população, representado pela alta incidência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis.

Com o envelhecimento populacional as necessidades de saúde se tornaram mais complexas. A população idosa é mais exposta às doenças crônicas, muitas delas incapacitantes, acarretando situações de dependência e necessidade de cuidados contínuos (POLISAITIS; MALIK, 2019). Quando não há continuidade da atenção, os episódios agudos e a utilização dos

serviços de emergências podem tornar mais frequentes hospitalizações (ACOSTA, 2018; FLESCHE; ARAUJO, 2014; VERAS, 2016). Dessa forma, a transição do cuidado se destaca como uma necessidade para a assistência ao idoso com doenças crônicas nos serviços hospitalares.

A alta hospitalar é uma transição que prevê a continuidade dos cuidados. Trata-se de um momento de mudanças no cotidiano do paciente, pois na maioria dos casos, os cuidados não cessam com a alta do hospital e o retorno para o domicílio (FLESCHE; ARAUJO, 2014). Há necessidade de novos cuidados e medicações diferentes do habitual que podem trazer inseguranças ao paciente e tornar vulnerável a alta hospitalar que, se não for bem orientada, pode culminar em novas internações (COSTA et al., 2014).

Mesmo pacientes que se sentem preparados no momento da alta, ao retornem para casa, se deparam com dúvidas acerca da continuidade do tratamento e da recuperação. Logo, quando ocorre de forma inadequada, a transição do cuidado hospital-domicílio traz diversas repercussões ao paciente que incluem angústia e ansiedade da família (NEVES et al., 2016), eventos adversos decorrentes de medicamentos e pouca adesão ao tratamento (COSTA et al., 2014). Assim, na alta é necessário que a transição do cuidado seja cautelosa e adequada, o que requer um plano abrangente baseado nas necessidades de cuidados do paciente e incentive a participação familiar nesse processo, possibilitado o cuidar em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar.

Processos de transição adequados podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos pacientes idosos em situações crônicas de saúde, contribuindo para a redução das taxas de reinternações (FLESCHE; ARAUJO, 2014). Estudos revelam, no entanto, que na prática não há planejamento da alta hospitalar, sendo às orientações fornecidas de maneira pontual e sintética pelo médico ou enfermeiro no momento da saída do hospital (FONTANA, 2017).

Atualmente a qualidade das transições do cuidado tem sido utilizada como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais. A realização de efetivas transições é, ainda, um desafio, principalmente no que se refere à alta do hospital para o domicílio, pois esses serviços possuem peculiaridades que incluem a grande demanda por atendimento, a superlotação, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde, a elevada rotatividade e a pressão para liberação de leitos, as quais acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, sendo a transição do cuidado uma delas (ACOSTA, 2018).

À vista disso, entende-se que o preparo para alta precisa ser planejado desde a admissão, para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída, minimizando assim

possíveis reinternações e garantindo o sucesso do tratamento. É importante destacar a importância da equipe multiprofissional de saúde neste processo, orientando nas diversas áreas os cuidados que o paciente deve ter em domicílio (FONTANA, 2017; WEBER et al., 2017). Ao considerar a complexidade dos sistemas de saúde e as dificuldades quanto à sustentabilidade, investir em estratégias para aprimorar a comunicação de equipes multiprofissionais e pacientes pode contribuir para o aprimoramento de transições de cuidado.

Nessa perspectiva, a garantia de transições seguras e eficientes de serviços hospitalares para o domicílio tem sido foco de interesse de pesquisadores no âmbito internacional. Estudos têm sido realizados para identificar fatores que influenciam o sucesso das transições e avaliar o desempenho dos serviços de saúde nesse processo (PRETO et al., 2017). No Brasil, a discussão sobre a transição do cuidado é recente e, portanto, ainda incipiente. Entretanto, foram obtidos avanços nas políticas públicas voltadas para a continuidade do cuidado, que é um dos resultados pretendidos pelo conceito de transição do cuidado.

No presente estudo, a transição do cuidado será analisada à luz da Teoria das Transições, a partir das condições que ocorrem a transição e dos resultados apresentados durante o processo tendo em vista o alcance dos objetivos determinados para uma transição bem-sucedida.

Como enfermeira e docente em formação, me preocupo com as respostas educacionais, especialmente na formação inicial na qual a maioria dos bacharéis em enfermagem prestarão cuidados idosos saudáveis ou doentes inseridas em diferentes contextos. Diante disso, é fundamental estabelecer programas de capacitação dos profissionais inseridos no serviço na tentativa de compensar as lacunas da formação.

Ao compreender que o planejamento da alta hospitalar é um instrumento que subsidia a continuidade do cuidado no retorno do paciente ao domicílio e que possibilita uma organização do processo de transição, percebe-se a necessidade de promover reflexões sobre formas de cuidar em ambientes que ultrapassem os muros hospitalares, reconhecendo a importância de viabilizar a desospitalização segura por meio do preparo do paciente enquanto sujeito ativo do seu cuidado, considerando o cuidado voltado às suas necessidades.

Espera-se, que a pesquisa desperte estudantes, profissionais, pesquisadores e gestores na área da saúde e afins para a importância de discutir acerca desta linha temática, reforçando o planejamento de ações em saúde, bem como a criação, desenvolvimento e avaliação de ações, estratégias e políticas públicas para a melhoria dos serviços oferecidos ao idoso, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de agravos na terceira idade.

O presente estudo faz parte de um projeto matriz, intitulado “Cuidado a pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital-domicílio”, desenvolvido em conjunto com a

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e uma instituição hospitalar de ensino superior.

O projeto matriz, realizado desde 2018, tem como objetivo geral investigar como são realizados o cuidado a pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital-domicílio. Com abordagem quantitativa e qualitativa, o estudo é realizado em dois ambientes distintos: na instituição hospitalar e no domicílio de pessoas idosas que estiveram hospitalizadas, sendo os participantes pessoas idosas hospitalizadas e idosos que estiveram internados e tiveram alta hospitalar para o domicílio. Os dados são colhidos inicialmente por instrumentos semiestruturados nos prontuários dos pacientes idosos durante a hospitalização e, posteriormente no domicílio da pessoa idosa por meio do contato telefônico. São realizados sete contatos após alta hospitalar para o acompanhamento do participante, sendo semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente no segundo e mensalmente no terceiro mês. Os dados quantitativos são registrados pelos pesquisadores em um banco de dados do projeto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa à luz da teoria de Afaf Meleis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os cuidadores familiares na transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa;
- Identificar os condicionantes facilitadores e inibidores para transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa a partir da percepção dos cuidadores familiares;
- Descrever a transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa na percepção dos cuidadores familiares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE

O ritmo de envelhecimento da população é, nos dias atuais, um desafio global. No Brasil, o aumento da proporção de idosos vem ocorrendo mais rapidamente que outros grupos etários e do ponto de vista demográfico, o incremento desses indivíduos se deve a melhorias nas condições sociais e dinamismo entre eventos vitais – fecundidade, mortalidade infantil e esperança de vida. A população idosa é mais exposta às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus agravos, muitos deles culminando em sequelas limitantes, conseqüentemente acarretando situações de dependência (POLISAITIS; MALIK, 2019). Com essas mudanças, problemas de saúde próprios dessa população ganharam destaque em razão do aumento na prevalência de DCNT (SOUZA et al., 2013). Evidentemente, tais mudanças revelam novas e crescentes demandas por cuidados em saúde ao país.

O perfil epidemiológico que emerge no Brasil revela uma redução gradativa de doenças infectocontagiosas e acréscimo das DCNT na terceira idade, ressaltando a ligação desta transição com o envelhecimento da população (SERVO, 2014). Estas doenças e seus agravos constituem um sério obstáculo à saúde pública uma vez que afetam todas as camadas socioeconômicas, em especial, indivíduos idosos que possuem baixa renda, expostos a um conjunto de fatores de risco e que contam com acesso limitado aos serviços de saúde (MALTA et al., 2014). São consideradas doenças crônicas pois se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, destacando seu aspecto multifatorial e, por vezes, incapacitante.

O perfil de morbimortalidade do Brasil é representação por doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, endócrinas e neoplasias (BRASIL, 2014a; CERQUEIRA, 2013; GIRONDI et al., 2013; MALTA et al., 2014). O levantamento da Pesquisa Nacional de Saúde realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística evidenciou que as grandes regiões do país, Sul e Sudeste, apresentaram os maiores índices de morbidade por DCNT, 47,7% e 39,8%, respectivamente (BRASIL, 2014b). Ainda, entre os óbitos registrados no país, as DCNT foram atribuídas à aproximadamente 70% das causas de morte em idosos (BRASIL, 2014b; MALTA et al., 2014).

O aumento no número de idosos não representa em si, um problema, mas as DCNT que acompanham essa população, representam uma crescente demanda em termos de atenção à saúde (SANTOS et al., 2013; RIBEIRO et al., 2015; SANTOS et al., 2015). A procura por atendimento na atenção hospitalar tem aumentado demasiadamente em razão das complicações

desses agravos na população envelhecida. As internações hospitalares de idosos brasileiros apresentam de um modo geral, taxas mais elevadas do que na população mais jovem, contribuindo para 27,85% das internações hospitalares e 36,47% dos recursos destinados a elas (SILVEIRA et al., 2013).

A análise dos gastos públicos com a saúde revela que há um desequilíbrio entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade, sendo atribuído à elevação dos custos hospitalares e altas taxas de internações (VITORINO E SILVA; BENEVIDES, 2015). Observa-se uma disparidade entre demanda e oferta pelos serviços de saúde, estabelecida pela hegemonia do modelo hospitalocêntrico.

Essa demanda vai de encontro ao planejamento hierárquico do serviço de saúde, cuja prioridade está para as atividades preventivas e não para as curativas (ANDRADE et al., 2013). Este cenário, em longo prazo, aumentará substancialmente as despesas públicas destinadas à sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro e pode comprometer a oferta e qualidade dos serviços de média e alta complexidade (MILLER; CASTANHEIRA, 2013; KERNKAMP et al., 2016). No entanto, os impactos gerados pelo envelhecimento compreendem mais do que o aumento dos custos financeiros ao setor saúde, mas também ao sistema previdenciário e ao mercado de trabalho, ocasionando aposentadoria precoce e perda da produtividade; a perda de qualidade de vida dos idosos, gerando alto grau de limitação funcional para suas atividades de vida diária, de trabalho e também de lazer, favorecendo a perda de autonomia e maior dependência desses indivíduos.

Por sua vez, esse grupo etário possui necessidades de saúde distintas que exigem do sistema público de saúde uma resposta efetiva a questões emergentes do envelhecimento (REIS et al., 2013). Este contexto reflete a necessidade de investigar o perfil de agravos crônicos mais prevalentes entre idosos brasileiros, uma vez que essa realidade interfere e por vezes comprometem a independência desses indivíduos além de influenciar os indicadores de qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde.

Em vista disso, instrumentos legais foram criados a fim de assegurar direitos sociais e de saúde à pessoa idosa, garantindo acesso universal e integral em todos os níveis de cuidados. O cuidado a pessoa idosa em qualquer nível de atenção requer dos profissionais de saúde uma atenção especial.

No contexto do cuidado, a enfermeira tem o importante papel na identificação das necessidades do indivíduo idoso, tendo em vista as alterações próprias do envelhecimento que, por sua vez, justificam a necessidade de cuidados diferenciados. Compreender as necessidades

peculiares desse grupo no serviço, possibilita à enfermeira o planejamento do cuidado (FALCÃO, 2016) e auxilia a organização do seu processo de trabalho.

Observa-se que as necessidades deste grupo etário são diferentes das do restante da população, exigindo um sistema apropriado para a resolução das questões decorrente do processo de envelhecimento (REIS et al., 2013). Como estratégia de enfrentamento a tais necessidades, foram desenvolvidos instrumentos legais com foco no indivíduo idoso. A Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa têm por finalidade assegurar os direitos sociais e de saúde à pessoa idosa, garantindo acesso universal e integral em todos os níveis de cuidados tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, tais estratégias merecem atenção dos gestores públicos, uma vez que, configura-se um importante desafio para a construção de um modelo assistencial mais resolutivo e de qualidade, voltado às necessidades dos idosos.

3.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA

Entre políticas e estratégias para minimizar os impactos sociais do envelhecimento e promover a qualidade de vida de pessoas idosas em situações crônicas de saúde, o Ministério da Saúde tem incentivado a participação familiar nesse cenário. Tal iniciativa possibilita o cuidar em outros ambientes que não exclusivamente o hospitalar tendo em vista que o adoecimento crônico não tem demandado mais necessariamente o suporte hospitalar para sua assistência. Nessa perspectiva, observa-se uma tendência à redução no tempo de internamento e agilidade no processo de desospitalização (BRASIL, 2013).

Esse processo representa uma transição de cuidados do ambiente hospitalar para o domicílio e inclui a participação do paciente, seus familiares e cuidadores, dos profissionais que prestam o atendimento inicial e dos que continuarão a assistência no domicílio (OLÁRIO et al., 2018). Contudo, no momento da alta hospitalar muitos idosos não recebem orientações necessárias para a continuidade do seu tratamento no retorno ao domicílio, acarretando insegurança e fragilidade ao processo que é tão necessário para a aderência do paciente ao tratamento.

Assim, a desospitalização está para além da simples retirada do indivíduo do ambiente hospitalar, sendo compreendido como um ato de continuidade das ações iniciadas nesse espaço, bem como a manutenção da articulação em rede, de forma integrada e humana (OLÁRIO et al., 2018). Por isso, no contexto do cuidado ao idoso, todos os profissionais de saúde devem

conhecer as condições que o levaram a hospitalização e as alterações decorrentes do envelhecimento com a finalidade de orientar desde sua entrada no serviço até a alta hospitalar, direcionando-o ao suporte adequado no serviço de atenção domiciliar.

A procura pela assistência hospitalar, não considerando outras possibilidades, traduz-se em uma tentativa de resolução curativa da doença. Diante da impossibilidade desta, são necessárias medidas de desospitalização de forma integrada, centradas nas necessidades do paciente e da família que permitam a manutenção do cuidado, considerando os princípios da humanização, continuidade do cuidado e participação da família. Desospitalizar refere-se à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, favorecendo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reintegração à sociedade (OLIVEIRA, 2017).

As iniciativas de desospitalização buscam proporcionar a alta com mais segurança para os pacientes e seus familiares. No entanto, existem fragilidades no processo que envolvem questões de implementação, sistematização e reorganização dos processos internos e profissionais. Algumas dessas fragilidades envolvem os critérios para desospitalização, bem como a preparação do paciente para a alta e o processo de capacitação dos familiares (SILVA et al., 2017).

A desospitalização, em muitas situações, é postergada pela ausência de um cuidador que possa assumir efetivamente a continuidade do cuidado no domicílio, contribuindo para a permanência prolongada do paciente no ambiente hospitalar (FONTANA et al., 2017; SILVA et al., 2017). Dessa forma, a equipe de saúde tem papel importante no apoio ao cuidador na tarefa de continuidade do cuidado promovendo ações direcionadas e proporcionando uma transferência responsável e compartilhada (FONTANA et al., 2017).

O papel central no contexto do cuidar permite a enfermeira contribuir na articulação e comunicação efetiva entre profissionais, pacientes, cuidadores e serviços de saúde. Por conseguinte, ao gerenciar sua assistência, a enfermeira qualifica o cuidado que oferta e sistematiza suas ações de acordo com as demandas do paciente. Ela tem o importante papel na identificação de dificuldades, déficits, deficiências e necessidades do idoso, uma vez que o isolamento social e afastamento familiar provocado pelas rotinas da internação, contribuem para o aumento do tempo de internação do idoso (FAUSTINO et al., 2016).

Também, apropriar-se das características epidemiológicas mais comuns entre pacientes idosos, possibilita à enfermeira o planejamento do cuidado (RODRIGUEZ et al., 2016) e auxilia a organização do seu processo de trabalho. Dessa forma, as ações de enfermagem devem ser direcionadas ao cuidado holístico e integral, centrada não somente no conhecimento científico, mas também no aspecto relacional com o paciente e sua família (FURUYA et al., 2011). Exige-

se da enfermeira uma formação voltada para a gerontologia, afim de ampliar o cuidado à pessoa idosa e acompanhá-la de forma ininterrupta durante todo o processo de internação, desde sua admissão até a sua saída por alta, óbito ou transferência.

O cuidado ofertado pela enfermeira ao idoso hospitalizado é imprescindível para a identificação precoce de alterações, monitorização da evolução do quadro clínico e implementação terapêutica necessária, atuando também na prevenção de eventos adversos e promoção/recuperação da capacidade funcional previa ao internamento, possibilitando um melhor prognóstico e qualidade de vida pós-alta (FAUSTINO et al., 2016, p. 227).

Desse modo, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no processo de desospitalização visa proporcionar a continuidade do cuidado de maneira que a transição para o domicílio seja bem-sucedida. A operacionalização dos processos de enfermagem no que diz respeito ao acompanhamento do paciente, confere autonomia aos profissionais envolvidos e promove melhorias no cuidado prestado, dando maior segurança a quem recebe o cuidado (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Em vista disso, a implementação da SAE nos serviços confere ao enfermeiro subsídio para o planejamento da assistência durante a hospitalização, a fim de aprimorar o processo de alta e assim, garantir o sucesso do tratamento. Com a finalidade de orientar o idoso e sua família a adaptar-se às mudanças de vida impostas pelo processo de adoecimento, o planejamento dos cuidados deve promover a reflexão necessária para o gerenciamento da própria saúde.

3.3 ESTRATÉGIAS DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

A transferência de hospitais é definida pelo termo transição de cuidados, que representa a transferência do paciente entre serviços de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados por meio de um plano de tratamento individualizado (COLEMAN, 2003). Há países em que o serviço de cuidados continuados é regulamentado e está inserido no sistema de saúde, formando uma rede integrada.

Em Portugal, a construção da política de cuidados continuados integrados teve início em 1994, implantados por meio de um programa em nível nacional, com coordenação central e regional, que dispõe de cuidados de reabilitação, de média e de longa duração. O programa foi estruturado com equipes de gestão das altas hospitalares. A maioria dos pacientes encaminhados para a rede de cuidados continuados está na faixa etária de 65 anos e é portadora de doenças crônicas. A rede de cuidados continuados disponibiliza um relatório anual que apresenta vários indicadores sobre a qualidade do cuidado (POLISAITIS; MALIK, 2019).

Na Espanha, a rede de serviços para cuidados integrais é composta por ambulatórios de geriatria, unidades médicas especializadas e hospitais para cuidados intermediários. Os critérios para organização de serviços de atenção à saúde de pessoas idosas e doentes crônicos tem como objetivo cuidar de pacientes com déficit funcional. O foco deste cuidado é restaurar a saúde, melhorar a independência e autonomia do paciente após a alta (POLISAITIS; MALIK, 2019).

Na Inglaterra, os cuidados continuados de saúde estão inseridos numa rede de cuidados financiado para indivíduos que não necessitam de cuidados hospitalares. O cuidado poderá ocorrer no domicílio do paciente ou em casas de repouso. Este serviço estabeleceu que o momento ideal para o encaminhamento do paciente para cuidados continuados está no planejamento da alta hospitalar (POLISAITIS; MALIK, 2019).

Nos Estados Unidos, o sistema de seguros de saúde gerido pelo governo, conhecido como *Medicare*, é destinado às pessoas idosas. Os serviços de cuidados continuados oferecem atendimento após uma internação hospitalar, conforme a necessidade do paciente, sendo encaminhado para hospitais especializados em pacientes complexos que requerem tempo de recuperação prolongado. O processo de admissão para cuidados de transição se inicia no hospital, com a visita de um profissional que realizará o levantamento do histórico de saúde e análise da complexidade de cuidados para as atividades básicas da vida diária. A proposta da assistência é norteada por um plano de cuidados com metas estabelecidas que tem início no primeiro dia da admissão (POLISAITIS; MALIK, 2019).

No Brasil, alguns serviços de cuidados continuados, ainda que timidamente, já são oferecidos denominados de cuidados de transição ou cuidados continuados. O Ministério da Saúde dispõe do serviço de Atenção Domiciliar, que é modalidade de atenção à saúde, oferecida na residência do paciente que oferece um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado (BRASIL, 2020a). Um dos papéis fundamentais desse eixo da rede de atenção é a desospitalização, que proporciona agilidade no processo da alta hospitalar, com cuidado continuado.

Ao analisar a experiência de outros países e comparar com o cenário de saúde brasileiro, que enfrenta o rápido crescimento da população idosa portadora de DCNT e a pressão por redução de custos nos hospitais, refletimos o quanto é necessário estruturar os serviços de cuidados continuados, que são menos onerosos do que o modelo atual. As redes de serviços de cuidados continuados são uma oportunidade para melhorar a eficiência do sistema de saúde, tanto na rede privada, quanto no sistema público, visto que leitos hospitalares são mais caros e dependem da alta rotatividade de pacientes para otimizar seus recursos instalados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 AFAF IBRAHIM MELEIS

Enfermeira, pesquisadora e socióloga reconhecida internacionalmente, Afaf Ibrahim Meleis orientou centenas de estudantes e professores do Egito, onde nasceu e inúmeros outros países. Inspirada por sua mãe, uma enfermeira e educadora que estabeleceu programas de pós-graduação para enfermeiras no Oriente Médio, graduou-se em 1961 em Bacharel em Enfermagem na Universidade de Alexandria – Egito. Contudo, em busca de uma qualificação melhor, mudou-se para os Estados Unidos onde obteve o título de Mestre em Enfermagem (1964), Mestre em Sociologia (1966), e Doutorado em Psicologia Médica e Social (1968), todos pela Universidade da Califórnia, Los Angeles. Nos anos seguintes, a pesquisadora e estudiosa passou a compor o corpo docente da mesma universidade, primeiro em Los Angeles e depois em São Francisco (MELEIS, 2010).

Enquanto estava na Universidade da Califórnia, em San Francisco, Meleis avançou seu trabalho desenvolvendo a Teoria das Transições, publicando posteriormente um livro que é usado por professores e estudantes de enfermagem em todo o mundo. Tornou-se reitora por dois mandatos da Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia. Atualmente, Meleis é professora de Enfermagem e Sociologia da Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia, membro honorário do Royal College of Nursing no Reino Unido, integrante da Academia Americana de Enfermagem e do Instituto de Medicina da Filadélfia (MELEIS, 2010).

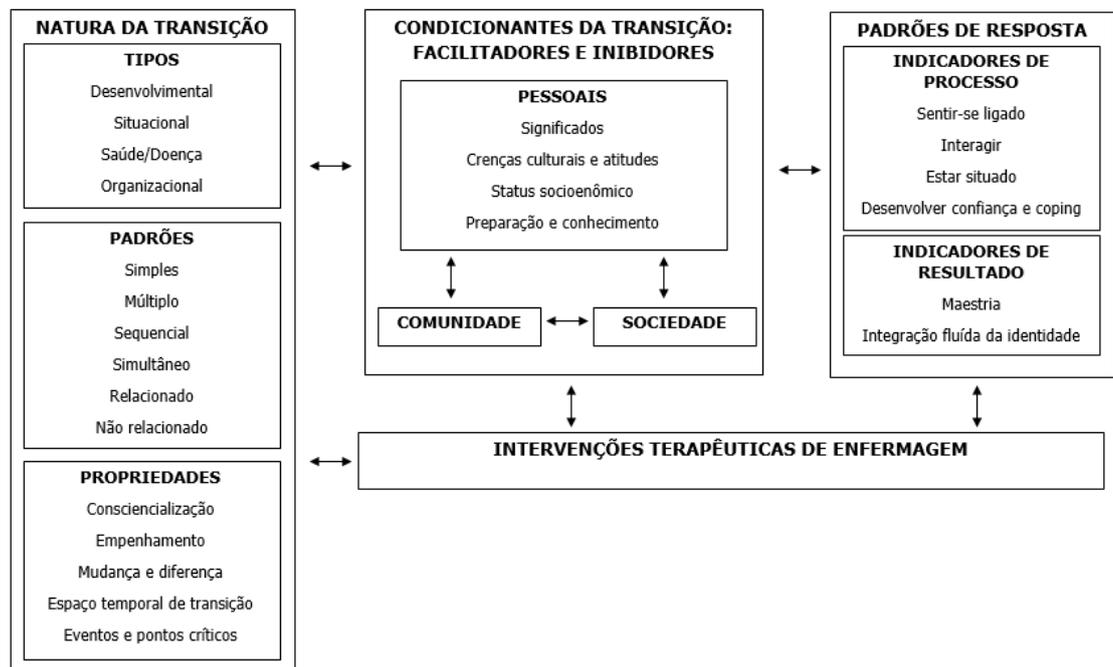
Publicou livros, capítulos de livros, artigos, monografias, anais e editoriais. Um dos livros foi a Teoria das Transições: Teorias Específicas de Situação e Intervalo Médio na Pesquisa e Prática de Enfermagem (2010). Embora tenha se aposentado formalmente em 2016, após uma carreira de 50 anos como educadora e pesquisadora, Meleis continua sendo palestrante, mentora e consultora (MELEIS, 2010).

4.2 TEORIA DA TRANSIÇÃO

A Teoria das Transições foi desenvolvida na década de 60, quando Meleis cursava o doutorado na Universidade da Califórnia em Los Angeles, Estados Unidos. O interesse de suas investigações foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição e as pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis (MELEIS, 2010). Descreveu, em conjunto

com Norma Chick, o conceito de transição para a enfermagem. Segundo ela, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição de si próprio (MELEIS, 2010), o que contribuiu para a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance (Figura 1).

Figura 1 – Transições: Uma teoria de médio alcance.



Fonte: Meleis (2010, p. 56): adaptado e traduzido pela autora.

A teoria de médio alcance tem um sentido limitado, com menor poder de abstração e referem-se a fenômenos ou conceitos específicos, refletindo a prática clínica, administrativa ou educacional (LIMA et al., 2016).

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. Quanto à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional). Podem ser de diferentes

padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas (MELEIS, 2010).

Quanto os condicionantes pessoais, tem-se os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que antecedem a transição; as crenças e atitudes culturais (influenciam a expressão de emoções relacionadas com a transição); o status socioeconômico; a preparação e o conhecimento (MELEIS, 2010).

Os indicadores de processo compreendem o sentir-se ligado (redes de apoio); o interagir (com pessoas na mesma situação); estar situado; e o desenvolver confiança e *coping*, se manifesta pelo nível de compreensão da necessidade de mudança (MELEIS, 2010). Referem-se à maestria, ou seja, o domínio de novas competências e a reformulação da identidade, o qual é imprescindível para cumprir a transição com sucesso, sendo definidores da transição saudável. Quanto as intervenções terapêuticas de enfermagem, estas podem ser definidas como uma ações interventivas no decorrer do processo de transição (MELEIS, 2010).

Neste estudo, o foco da atenção será os condicionantes para transição, por considerar ser a mais diretamente influenciada na experiência dos envolvidos, visto que a limitação e/ou dependência ocasionadas pela doença e envelhecimento geram processo de ajuste, alterações de papéis e mudanças no contexto familiar.

A experiência das transições tem implicação para a prática profissional, por orientar o enfermeiro a descrever necessidades dos indivíduos no processo transacional, por meio de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados (LIMA et al., 2016). A teoria das transições exerce forte influência na enfermagem, a partir do desenvolvimento de intervenções que proporcionam um cuidado eficaz anterior a situações de mudanças na vida dos indivíduos (COSTA, 2016).

A Teoria de Transições descreve, compreende, interpreta e explica fenômenos específicos da enfermagem oriundos da prática (LIMA et al., 2016). As transições estão intimamente ligadas aos eventos do ciclo vital. Pela variedade de aspectos, mantêm relação com o cuidado de enfermagem, quanto à prevenção e intervenção nos acontecimentos, para que enfermeiros tenham um enfoque renovado do cuidado, reafirmação de teorias já aplicadas e a criação de novas (LIMA et al., 2016).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa que visa apresentar parte dos resultados de projeto matriz sobre os cuidados de transição hospital-domicílio à pessoa idosa e seus familiares. A pesquisa descritiva tem por objetivo descrever uma série de informações sobre fatos e fenômenos de determinada realidade que se pretende estudar. Destacam-se, entre as pesquisas descritivas, as que se propõem estudar características de um grupo, levantando suas opiniões, atitudes e crenças em relação ao objeto em estudo. Por sua vez, as pesquisas exploratórias são desenvolvidas a fim de proporcionar uma visão geral sobre determinado fato, conferindo ao pesquisador maior proximidade com o problema (GIL, 2008).

O estudo da natureza qualitativa busca compreender uma realidade que não pode ser quantificada, ou seja, traduzida em números. Nessa abordagem, as interpretações do fenômeno partem da atribuição de significado às opiniões, representações, valores e atitudes do objeto de estudo, centrado na subjetividade do sujeito e na dinâmica das relações (MINAYO, 2009). Na pesquisa em saúde, a abordagem qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado para a vida daquele indivíduo ou coletividade (TURATO, 2005).

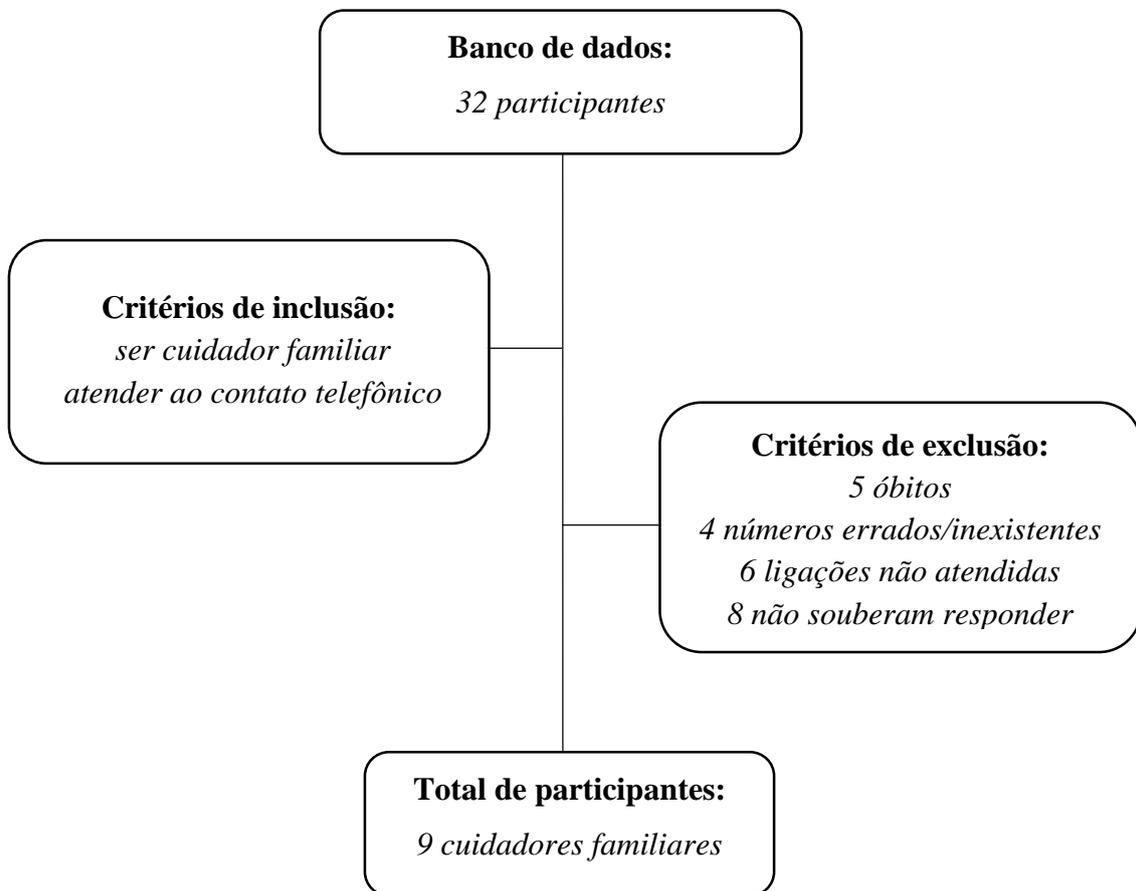
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois ambientes distintos: em uma instituição hospitalar pública e no domicílio de cuidadores familiares de pessoas idosas que estiveram hospitalizadas. O domicílio não foi visitado, o cuidador familiar foi acionado através do contato telefônico via dispositivo de telefonia móvel no domicílio. No hospital, foram selecionados setores de internamento clínico com alta demanda de pessoas idosas. A instituição *lócus* da pesquisa matriz, foi escolhida por tratar-se de um hospital-escola parceira da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que atende um grande número de pessoas idosas vindas de diversas partes do estado, sendo referência para municípios do interior. Além disso, foi identificado na revisão da literatura a necessidade de uma abordagem sobre o tema com os profissionais e familiares envolvidos no cuidado à pessoa idosa.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram cuidadores familiares de idosos que estiveram hospitalizados e receberam alta para o domicílio, cadastrado no banco de dados do Projeto de Cuidados de Transição Hospital-Domicílio. Considerou-se os seguintes critérios de inclusão: ser cuidador familiar e atender ao contato telefônico após retorno ao domicílio. Os critérios de exclusão foram: cuidador familiar em que o idoso foi a óbito, contatos errados ou inexistentes, não atender a tentativas de contato telefônico, não souberam responder.

Figura 2 - Fluxograma de inclusão dos participantes no estudo.



5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2021 (após conclusão da participação no pesquisa matriz), por meio de entrevista semiestruturada através do contato

telefônico via dispositivo de telefonia móvel para o cuidador familiar no domicílio com duração média de 20 minutos. O roteiro foi norteado por questões que abordavam os condicionantes da transição do cuidado hospital-domicílio que facilitaram ou dificultaram o processo (Apêndice A). Inicialmente, foram realizadas tentativas (até três tentativas) de contato telefônico em dias e horários alternados considerando a disponibilidades de cada participante. As entrevistas foram audiogravadas após consentimento e transcritas na íntegra. Para garantir o sigilo e preservar a identidade, os participantes foram identificados a partir da letra E, significando entrevistado, e pela ordem de realização da entrevista. As falas foram ajustadas do ponto de vista ortográfico, para facilitar a compreensão, porém sem alterar o sentido dado pela pessoa entrevistada.

O roteiro da entrevista contempla dados de caracterização dos participantes, tais como gênero, idade, cidade de origem, cor, grau de escolaridade, estado civil, renda familiar e religião. Uma planilha criada no *software* Microsoft Excel foi preenchida com informações coletadas e arquivadas no banco de dados do Projeto de Cuidados de Transição Hospital-Domicílio.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados sociodemográfico e econômico coletados foram tabulados no *software* Microsoft Excel e apresentados descritivamente em forma de tabelas e gráficos. Os dados oriundos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo fundamentada por Bardin (2011). Nessa técnica de análise, o pesquisador busca por meio de uma descrição objetiva e sistematizada, uma compreensão mais profunda dos significados das falas.

Estudos que tratam de análise de conteúdo costumam apresentar três etapas: a pré-análise, momento de organização do material, de escolha dos documentos que foram analisados, formulação de hipóteses e questões norteadoras para fundamentar a interpretação e preparação final; a exploração do material, mais longa e cansativa, onde serão escolhidas as unidades de codificação, que compreende a escolha de unidade de registro, seleção de regras de contagem e escolha de categorias; e na terceira fase ocorre tratamento dos resultados, origina a inferência e interpretação dos achados que emergirão categorias científicas (BARDIN, 2011). A análise será realizada tomando-se como base as evidências da literatura sobre o tema e a Teoria das Transições de Meleis, que permitem compreender os processos de transições e suas condicionantes facilitadoras ou inibidoras e os padrões de respostas das pessoas idosas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem sob parecer N.º 4.768.573. Portanto, respeita os princípios éticos preconizados pela Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para a realização de pesquisas em saúde (BRASIL, 2012), Resolução N.º 510/2016 referente aos princípios éticos nas ciências humanas e sociais (BRASIL, 2016) e também Ofício Circular N.º 02/2021 (BRASIL, 2021), que trata da coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual.

Aos participantes da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) no período que antecedeu a alta hospitalar, em que são explicados os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, bem como a manutenção do anonimato, participação voluntária e possibilidade de desistência da pesquisa, caso julgue necessário, minimizando os riscos e desconfortos. Dessa forma, serão sigilosos os dados, utilizados apenas com fins para pesquisa. O estudo apresenta risco mínimo, considerando o possível constrangimento dos idosos e seus familiares no momento da realização das entrevistas. Porém, seus resultados trarão benefícios uma vez que poderá contribuir de forma positiva para os questionamentos relativos a transição do cuidado hospital para o domicílio, a partir do estudo dos fatores que interferem nesse processo. Os benefícios diretos da pesquisa virão na forma de aprimoramento do Programa de Cuidados de Transição, considerando a alta segura e responsabilização pelo (auto)cuidado no retorno para o domicílio.

O TCLE foi oferecido aos participantes que aceitaram colaborar com a pesquisa e solicitada a assinatura em duas vias, sendo-lhes cedido uma cópia e a outra ficará em posse da pesquisadora, que a manterá arquivada por um período de 5 anos juntamente com todos os documentos secundários armazenados na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI), Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável.

6. RESULTADOS

Participaram do estudo nove cuidadores familiares de pessoas idosas que participaram do Projeto de Cuidados de Transição Hospital-Domicílio da Pessoa Idosa. Como reflexo do agravamento da doença crônica, a maioria dos idosos eram incapazes de responder o instrumento. Assim, os cuidadores familiares que acompanharam o idoso durante a hospitalização e retorno para o domicílio que responderam o instrumento. A caracterização dos cuidadores familiares está distribuída na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômica dos cuidadores familiares de pessoas idosas. Salvador, Bahia, Brasil. 2021.

VARIÁVEIS	N (9)
Gênero	
Feminino	6
Masculino	3
Faixa etária	
20 a 29 anos	4
30 a 39 anos	1
40 a 49 anos	2
50 a 59 anos	1
60 anos ou mais	1
Procedência	
Capital	3
Região metropolitana	1
Interior	5
Cor	
Branco	2
Pardo	5
Preto	2
Escolaridade	
Fundamental	1
Médio	5
Superior	3
Estado civil	
Sem companheiro	7
Com companheiro	2
Renda familiar	
≤ 1 salário mínimo	7
≥ 1 salário mínimo	1
Sem rendimento	1
Religião	
Sem religião	1
Católico	6
Evangélico	2

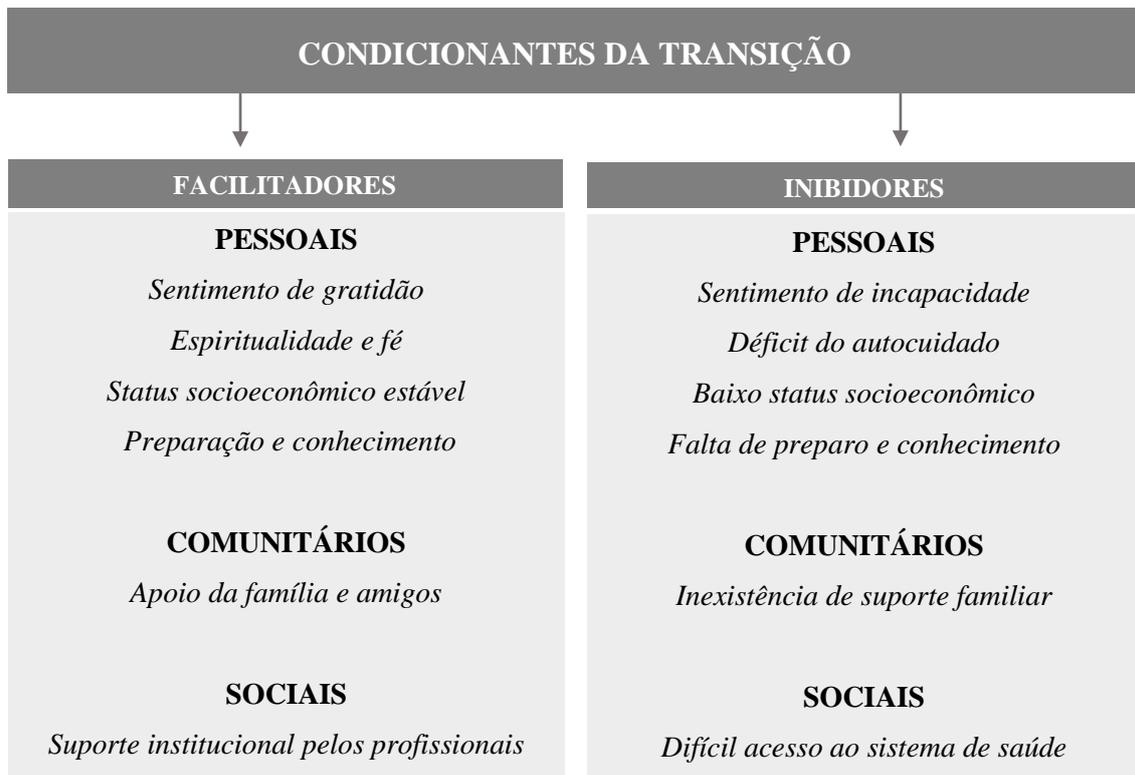
Fonte: banco de dados do Projeto de Cuidados de Transição Hospital-Domicílio da Pessoa Idosa.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes foram nove cuidadores familiares de pessoas idosas com idade variando entre 23 e 67 anos, a maioria eram do gênero feminino. Quanto à procedência dos participantes, foi visto que grande parte é do interior do estado da Bahia, 3 da capital e 1 da região metropolitana. Quanto à cor/raça, a maioria declarou-se parda, com cinco colaboradoras; preta e branca, duas cada. A escolaridade variou entre ensino fundamental, médio e superior. Cinco tinham ensino médio completo, três tinham ensino superior completo e um tinha ensino fundamental. Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados não tinham companheiro. A renda variou entre não ter renda e mais que um salário mínimo. Apenas um relatou não possuir renda, sete tinham um salário mínimo ou mais. No tocante à religião, destacaram-se as que possuíam credo religioso, sendo a maioria católica.

A partir da análise das entrevistas e dos pressupostos da Teoria das Transições foram construídas as categorias *Condicionantes facilitadores no processo de transição hospital-domicílio da pessoa idosa* e *Condicionantes inibidores do processo de transição hospital-domicílio da pessoa idosa*, descritas na figura a seguir.

Figura 3 – Condicionantes facilitadores e inibidores para a transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021.



CONDICIONANTES FACILITADORES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA

Conforme a Teoria das Transições de Afaf Meleis, os condicionantes pessoais da transição são os significados associados a mudança, e suas alterações são resultantes de crenças culturais e atitudes, situação socioeconômica, preparação e conhecimento do idoso e familiares. Durante a transição de cuidados do hospital para o domicílio, os diferentes significados atribuídos ao processo desencadeiam sentimentos positivos entre os cuidadores familiares com base nos condicionantes relacionados a pessoa idosa. Nesse sentido, predominaram os sentimentos associados a felicidade, gratidão e tranquilidade conforme mostra o quadro 1. No que diz respeito as crenças culturais e atitudes, observou-se que a fé e a espiritualidade facilitam o processo de transição na medida que trazem conforto aos cuidadores familiares e a aceitação da condição estabelecida pela doença, tornam a pessoa idosa mais centrada no seu processo de cuidado. O status socioeconômico estável facilitou o processo de transição visto que algumas famílias tiveram condições de adaptar o espaço domiciliar para maior acessibilidade do idoso. As orientações fornecidas pela equipe multiprofissional antes da alta hospitalar e o acompanhamento após o retorno para o domicílio mostraram-se facilitadores do processo de transição, auxiliando na aquisição de habilidades para o (auto)cuidado, visando a promoção da saúde e independência da pessoa idosa e seu cuidador familiar (Quando 1).

Os condicionantes facilitadores comunitários estão relacionados a rede de apoio da pessoa idosa favorecida a partir do processo de transição do cuidado. O apoio da família e grupos de convívio (vizinhos e amigos) foram identificados como recursos disponíveis na comunidade que facilitam o enfrentamento das mudanças ocorridas no contexto familiar. Conforme retratam os depoimentos, a família constitui a principal rede de apoio ao idoso, auxiliando nas atividades básicas de vida diária (ABVD), acompanhando em consultas e contribuindo financeiramente com despesas de saúde e transporte quando há necessidade de deslocamento (Quando 1).

Os condicionantes facilitadores sociais foram expressos nos depoimentos pela assistência de instituições públicas de saúde como as unidades de saúde da família, as secretarias municipal e estadual e o hospital representando o âmbito federal mostraram-se um facilitador para o processo de transição (Quando 1).

Quadro 1 – Condicionantes facilitadores para a transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021.

<p>Pessoais: Significados</p>	<p><i>“Ah, foi a melhor coisa do mundo. Tanto ela como todos nós né?! Ficamos muito felizes, gratificante voltar com ela que passou por essa cirurgia e aos poucos evoluindo para melhor. Foi muito gratificante, uma benção” [E2]</i></p> <p><i>“Só em ela tá voltando, né?! E a gente mesmo cuidando é melhor tratando e tando em casa. Ela tá bem, perdeu um membro mas tá andando, tá bem, glória a Deus, tá aqui junto da gente” [E3]</i></p> <p><i>“Eu particularmente fiquei um pouco mais tranquila” [E8]</i></p> <p><i>“Ela ficou internada, passou um período na UTI, ficou entubada e pra mim foi muito desesperador, aí então pra mim ela ter ido pra casa foi a maior felicidade, pra mim, pra ela, foi muito emocionante, foi muito gratificante, muito gratificante mesmo” [E9]</i></p>
<p>Pessoais: Crenças culturais e atitudes</p>	<p><i>“Subir um degrauzinho, ela ainda sobe, segurando, até porque ela já não é mais forte, né?! Se apoia numa muleta, bota força e anda, caminha, faz tudo, só não aguenta ficar muito em pé. Mas glória a Deus ela sarou, fechou, glória a Jesus não precisou tirar os tendões, né?!” [E3]</i></p> <p><i>“Meu pai foi pra UTI duas vezes ou foi três ali no hospital e eu que fiquei com ele acompanhando, então pra mim foi um milagre de Deus. Foi uma benção muito grade, e ele tem muita força e vontade de viver isso ajudou muito, não só pra mim como pra toda a família, uma benção muito grande. Significa muito, nossa...” [E4]</i></p> <p><i>“Hoje ela toma banho só, mas no começo ela não tomava, não ia no banheiro sozinha. Ai pra ficar uma pessoa só era muito complicado, mas agora não, agora tá fácil” [E8]</i></p>
<p>Pessoais: Status socioeconômico</p>	<p><i>“A escada que tinha foi tirada, fizemos rampa pra maca pra ambulância vir buscar, a gente adaptou tudo. O quarto, a sala, a varanda da frente, a saída. A cadeira de banho a gente deu um jeito e comprou. Adaptamos um banheiro já pra entrar cadeira de</i></p>

	<p><i>rodas, cadeira de banho, pra assentar cadeira de banho no vaso” [E5]</i></p> <p><i>“Quando ela começou a perder força dos membros inferiores nós estávamos em uma reforça da casa, aproveitamos para adaptar já a casa a gosto dela” [E7]</i></p> <p><i>“A gente botou até algumas rampas em casa pra ser fáceis pra ela, tem as barras no banheiro, mudou tudo, porque não tinha espaço pra cadeira, era ruim pra ela tomar banho. Até as portas da casa teve que tirar porque não passava a cadeira. Tinha uma escada, demoliram para construir uma rampa com as barras de ferro pra ela andar’ [E8]</i></p> <p><i>“Pra eu sair com ela eu tive que quebrar a parede da vizinha, fazer uma rampa na lateral de casa e pra sair com ela de casa, saio pelos fundos. A casa já é toda adaptada, só tive que tirar o box para poder botar a cadeira de banho dela na área do chuveiro pra dar o banho. Deixei a casa toda livre pra poder passar com a cadeira de rodas” [E9]</i></p>
<p>Pessoais: Preparação e conhecimento</p>	<p><i>“As informações da alta facilitou porque explicaram tudo direitinho como fazia o acompanhamento” [E3]</i></p> <p><i>“A gente ficou na dúvida quanto ao acompanhamento, a bolsa de colostomia. A gente teve essa assistência, de tirar dúvidas, entendeu?! Pra mim foi muito bom esse contato, essa comunicação” [E4]</i></p> <p><i>“O pessoal do hospital explicou tudo direitinho como devia fazer, como devia agir com ela e ai a gente veio sossegado” [E8]</i></p> <p><i>“O pessoal me ensinou como eu devo movimentar, como eu devo carregar, o que eu devo perceber em relação a ela, como eu tenho que higienizar, como eu tenho que dar alimentação, porque de dar alimentação lenta não pode ser de forma rápida. Você vê que não tá fazendo ruim, você tá fazendo o bem para aquela pessoa em relação a isso. Então esse suporte ai é muito positivo, facilitou muito.” [E9]</i></p>
<p>Comunitários</p>	<p><i>“Teve a família” [E2]</i></p>

“Enquanto estava aqui em Salvador, meu irmão passou uns dias, meu irmão mora no Rio, pôde passar uns dias por conta do trabalho, então eu tive um pouco a ajuda do meu irmão enquanto ele tava internado e alguns dias depois que ele chegou em casa” [E6]

“Família, amigos e a igreja. Contribuindo estando em casa, um pouco antes da pandemia, com aquilo que se podia. Hoje, poucas pessoas da família ainda contribuem com o cuidado realmente. Em relação ao cuidado com ela, nas minhas saídas para organizar as coisas (trabalho, curso), quem fica com ela normalmente são irmãos dela, tias minhas e cuidam, apoio financeiro as vezes, pra gasolina, combustível, carro, coisa assim” [E7]

“Se não fosse (a família) não tinha condição não de lhe dar. Tudo pra uma pessoa só fica difícil né?! Você controlar a alimentação, idas ao médico, comida, banho... [E8]

“Eu que tô em contato com ela e a moça que me ajuda, então compreender ela entender as coisas que ela sente é mais fácil pra mim até, do que a cuidadora” [E9]

Sociais

“Todo mês a gente ia para Salvador fazer o retorno das consultas, ela passa em dois médicos, faz os exames. No posto, teve necessidade para tirar os pontos. Tem o apoio da secretária de saúde que marca as viagens, tem o carro que leva” [E2]

“Ela ficou fazendo os curativos no ambulatório por semana. O suporte dos profissionais do hospital, do ambulatório, sempre ligando para acompanhar. Consegui enfermeira aqui pra ficar fazendo o curativo. Foi um suporte muito bom. Quando ela teve logo a alta, o enfermeiro ensinou o passo a passo para o curativo” [E3]

““A secretaria da saúde do nosso município ajudou. Quando ele voltou pra casa, a gente tava tendo suporte do posto de saúde, sempre que a gente precisava vinha a enfermeira em casa. Quando ele sentiu alguma coisa, tinha esse suporte do posto” [E4]

“E instituição o que a gente achou apoio foi o pessoal da área da saúde que tem um postinho de saúde perto de casa, na esquina de casa. Quando surgiu a suspeita de infecção, ela precisava ser avaliada por um

profissional e como não tinha como trazer ela para aqui (hospital das clínicas), entraram em contato com o pessoal de lá e eles foram em casa. Eles me dão suporte quando preciso e dão o material de curativo, eles me fornecem todo mês” [E9]

CONDICIONANTES INIBIDORES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO DA PESSOA IDOSA

Durante a transição de cuidados hospital-domicílio, os diferentes significados atribuídos ao processo desencadearam sentimentos negativos entre os cuidadores familiares. Predominaram os sentimentos associados aos condicionantes inibidores da transição relacionados a pessoa idosa expressões que demonstram inexperiência, esforço, espanto, aprisionamento, desamino, angústia e incapacidade. No que diz respeito às crenças culturais e atitudes, observou-se atitudes do idoso que geram sua dependência associadas como condicionante inibidor para a transição. A vulnerabilidade econômica dificultou o processo de transição visto que algumas famílias dependiam financeiramente de outros familiares ou mesmo da renda da pessoa idosa, sendo caracterizado como fator inibidor. A falta de conhecimento e o sentimento de despreparo evidenciam a dificuldade enfrentada pelos cuidadores familiares na transição do cuidado, pois o conhecimento é para os familiares uma das necessidades mais importantes, pois permite-lhes a melhor percepção da transição vivenciada, revelando a superação de desafios na adaptação ao novo contexto (Quando 2).

Os condicionantes inibidores comunitários foram caracterizados por sentimento de responsabilização pelo cuidado e ausência de suporte familiar. Quando o idoso e cuidador familiar não recebem apoio de outros familiares como relatado nos discursos, ocorre uma sobrecarga, causando desgaste físico, emocional e psicológico (Quando 2).

Quanto aos condicionantes inibidores sociais, as dificuldades no acesso aos serviços evidenciado nas falas, mostrou ser uma barreira para a reorganização do idoso no retorno para o domicílio. Em função da pandemia pelo novo coronavírus, alguns serviços tiveram seu funcionamento interrompido ou até mesmo modificado, deixando de atender as demandas dos idosos (Quando 2).

Quadro 2 - Condicionantes inibidores para a transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seu cuidador familiar. Salvador, Bahia, Brasil. 2021.

<p>Pessoais: Significados</p>	<p><i>“Trabalho dobrado como diz. Não tinha experiência e pra gente hoje, querendo ou não é uma luta né?! Mudou a rotina de todo mundo” [E3]</i></p> <p><i>“Sai um pouco assustada com tudo né?! É tudo novo para eu e minha irmã que cuida dele também” [E4]</i></p> <p><i>“A gente se sente preso e também abatido porque ninguém quer ver os seus em cima de uma cama, né?!” [E5]</i></p> <p><i>“Fiquei muito angustiada pelo fato de eu ser praticamente sozinha, só eu e meu marido, ele ia ter que conviver comigo e meu marido somente. Eu me senti assim um pouco angustiada, sem saber se eu ia conseguir dar conta, porque realmente existe um cuidado maior, uma atenção maior” [E6]</i></p> <p><i>“Cuidar com a pessoa normal é complicado, uma pessoa doente estando normal é uma pessoa doente. Debilitada na situação dela é mil vezes pior, ela não tem locomoção nenhuma e não tem fala. Então assim, é bem complicado é e a pessoa de primeira viagem pegar uma situação dessa” [E9]</i></p>
<p>Pessoais: Crenças culturais e atitudes</p>	<p><i>“Ela não tava nem querendo levantar-se da cama pra fazer fisioterapia. Não se levanta pra tomar banho, pra gente colocar na cadeira de banho pra poder dar banho, não auto se ajuda, entendeu?!” [E5]</i></p> <p><i>“Ele saiu sem andar, veio andar em casa. Não digo pela parte da bolsa, a gente teve o trabalho de aprender tudo, mas a parte dele voltar a andar foi mais difícil. A gente tem que dar comida na boca, ele é totalmente dependente na verdade” [E4]</i></p>
<p>Pessoais: Status socioeconômico</p>	<p><i>“Apoio financeiro as vezes, pra gasolina, combustível, carro, coisa assim” [E7]</i></p> <p><i>“Financeiramente é bem complicado também” [E9]</i></p>
<p>Pessoais: Preparação e conhecimento</p>	<p><i>“Eu não me sentia preparada e ainda não me sinto porque é tudo muito novo, e é muito desgastante uma pessoa só pra tomar conta de um idoso, né?!” [E6]</i></p>

	<p><i>“Foi difícil, porque ela já é de idade e gente de idade não tem como aprender, tipo ela aprende mas é teimosa” [E8]</i></p> <p><i>“Um simples curativo como eu tava fazendo no início, me ensinaram a fazer o curativo mas não me deram a observação de que eu tinha que usar luva, então eu não sabia” [E9]</i></p>
<p>Comunitários</p>	<p><i>“A responsabilidade fica mais sobre mim e a esposa dele, nós que resolvemos” [E1]</i></p> <p><i>“Eu tive que ir para o interior, que acabou minha licença, tive que voltar para o trabalho e levar meu pai, aí foi complicado. Até eu conseguir uma pessoa, pra ficar em casa, pra ficar olhando ele enquanto eu trabalho, aí foi bem puxado” [E6]</i></p> <p><i>“A vida da gente muda né. É como eu tô com um bebê, você tem que cuidar e tá atenta a tudo, a todos os sinais. Eu não consigo me ausentar de casa final de semana, dia de semana eu trabalho e estudo, a moça tá lá me ajudando. De noite eu tô dentro de casa todos os dias, final de semana todos os dias em casa, feriado a mesma coisa. Então assim, a vida da gente muda, a rotina muda. E o emocional vai junto também” [E9]</i></p> <p><i>“Suporte de família não achei não. Nem presencialmente, é bem complicado. Minha mãe tem dez irmãos vivos e é muito difícil o pessoal ir lá e na pandemia foi que piorou a situação, que já não iam, agora que não vão mesmo. A gente fica de certa forma meio preocupado, né, porque por conta da pandemia realmente não tem condição, mas ela sente muito, ela chora, ela se emociona muito porque ela sente falta de apoio dessa parte” [E9]</i></p>
<p>Sociais</p>	<p><i>“A gente sabe que sempre fica faltando alguma coisa e por causa da pandemia a gente estava tentando um atendimento em casa, mas precisávamos de indicação da unidade de saúde do bairro e a gente não conseguiu e o atendimento domiciliar acabou ficando para depois” [E4]</i></p> <p><i>“Estamos fazendo fisioterapia, a gente pagou o pessoal porque pela prefeitura por causa dessa pandemia não estava tendo” [E5]</i></p>

7. DISCUSSÃO

A maioria dos participantes eram do gênero feminino, corroborando com outros estudos que identificam predominância de mulheres cuidadores familiares (SOUSA, 2021; MENDES, 2019; NUNES, 2019; SOUZA, 2017; FUHRMANN, 2015; JONAS FOGAÇA, 2015). Essa predominância do gênero feminino pode ser explicada pelo fato de que mulheres exercem, historicamente, o papel de cuidar do lar e da família o que justifica a maior presença feminina. A média de idade foi inferior ao encontrado em outras investigações (MENDES, 2019; SILVA, 2018; SOUZA, 2017; FUHRMANN, 2015). Destaca-se o perfil de cuidadores familiares mais jovens envolvida no cuidado ao ente idoso que necessita de cuidados domiciliares, ressaltando o apoio do envolvimento dos familiares. Quanto à procedência, maior parte dos cuidadores são do interior do estado. Este resultado vai de encontro com estudos sobre a utilização de serviços de saúde, os quais apontam que a maioria da demanda é procedente da cidade onde o serviço está localizado (RODRIGUES et al., 2016). Deve-se considerar no entanto que o estudo foi realizado em um hospital de grande porte servindo de referência, recebendo paciente de todo o estado. Com relação à escolaridade, o nível médio foi mais frequente entre os cuidadores, corroborando com outras investigações (MENDES, 2019; NUNES, 2019; SOUZA, 2017; FUHRMANN, 2015). A literatura aponta que o nível de escolaridade tem relação inversa com o cuidado que é prestado, sendo que indivíduos com menor tempo de estudo podem dificultar a transição dos cuidados do hospital para o domicílio da pessoa idosa uma vez que o nível de instrução dificulta a apreensão de novas habilidades e conhecimento. O estado civil que prevaleceu entre os cuidadores sem companheiro, resultado diferente foi encontrado em estudo, onde 53% dos cuidadores tinham companheiros, enquanto 31% não tinham (FUHRMANN, 2015). Quanto a renda dos cuidadores, a maioria declarou possuir renda igual ou maior que um salário mínimo (SOUZA, 2017), enquanto um cuidador declarou não possuir renda própria corroborando com os achados de outro estudo (FERREIRA, 2021). Houve predominância de cuidadores que declararam possuir credo religioso (NUNES, 2019; SOUZA, 2017; FERREIRA, 2021).

O processo de transição do cuidado do hospital para o domicílio pode ser influenciado por condicionantes facilitadores ou inibidores relacionados à pessoa idosa e ao contexto social e comunitário em que ela está inserida. Os condicionantes pessoais incluem significados, crenças e atitudes, nível socioeconômico, conhecimento, aspectos sociais e comunitários (MELEIS, 2010). Os resultados deste estudo indicam condições facilitadoras relacionadas à pessoa idosa, como a construção de um significado positivo para o retorno ao domicílio após

hospitalização, a espiritualidade, a estabilidade financeira, o preparo para gerenciamento do cuidar no domicílio e rede de apoio social e comunitária disponível. Em contrapartida, os resultados indicam também condições inibidoras relacionadas a construção de um significado negativo para o retorno ao domicílio, o déficit da pessoa idosa para o autocuidado, a insegurança financeira, a falta de preparo para o cuidar no domicílio e a ausência da rede de apoio social e comunitária.

Os significados atribuídos aos eventos que antecedem uma transição e ao próprio processo de transição consiste na avaliação da experiência na perspectiva do indivíduo (MELEIS, 2010). Ao analisar os depoimentos, os cuidadores familiares expressaram diversos tipos de sentimentos relacionados a transição do hospital-domicílio da pessoa idosa, como: inexperiência, medo, privação da liberdade, angústia, insegurança e ao mesmo tempo, felicidade, gratidão e tranquilidade.

Os sentimentos de gratidão, felicidade e tranquilidade pelo retorno da pessoa idosa ao domicílio reflete os vínculos afetivos e harmoniosos estabelecidos no decorrer da vida, facilitando adequação às mudanças marcadas pelo retorno da pessoa idosa para o domicílio. Corroborando com esses achados, estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital e na residência de pessoas idosas que estiveram internados nessa unidade no interior do estado da Bahia, cujo objetivo foi identificar estímulos que interferem na ambientação de longevos no domicílio após alta hospitalar, evidenciou sentimentos de bem-estar e tranquilidade dos cuidadores familiares pelo retorno dos seus entes para o domicílio, mesmo sendo necessária a continuidade dos cuidados (SANTOS et al., 2019). Os sentimentos de admiração, gratidão e amor à pessoa idosa também foram apontados por familiares como facilitadores para a transição do hospital para o domicílio (SOUSA et al., 2021; FERREIRA et al., 2021).

Embora tenham sido identificados no presente estudo sentimentos positivos para o retorno da pessoa idosa à residência, ao assumir a responsabilidade pelo cuidado domiciliar, o cuidador é motivado por vezes pelo sentimento de responsabilidade moral para não abandonar seu ente ou pela falta de opção entre os membros familiares para assumir o cuidado (SOUSA et al., 2021).

Diante da inexperiência para as novas demandas de cuidado a serem realizadas no domicílio, sentimentos negativos emergiram nas falas dos cuidadores com o retorno do idoso ao domicílio, mostrando-se um dificultador para uma transição saudável. Em concordância com os achados, uma pesquisa realizada com dez cuidadores familiares de idosos cadastrados em um serviço de atenção domiciliar de um hospital público no estado de Mato Grosso do Sul, com intuito de conhecer as vivências do internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família,

identificou sentimentos de medo e insegurança para o execução do cuidado à pessoa idosa no domicílio (FERREIRA et al., 2021).

Além destes, a ansiedade e sentimento de privação da liberdade foram relatados em outro estudo realizado com cuidadores familiares de pacientes atendidos por uma empresa de *home care* como inibidores para a transição saudável dos cuidados do hospital para o domicílio (FOGAÇA et al., 2015). As mudanças ocorridas no contexto familiar depois de uma situação inesperada de dependência do idoso são muito grandes e despertam preocupação dos cuidadores familiares com as dificuldades que serão enfrentadas (SOUSA et al., 2021).

Os significados atribuídos a transição variam entre pessoas, comunidades e sociedades e, portanto, influenciam o resultado (MELEIS, 2010). Nessa perspectiva, compreender os sentimentos atribuídos à transição da pessoa idosa do hospital para o domicílio, revela a importância da consciência dos significados da transição por quem a vivência, uma vez que podem impactar na relação dos entes, na saúde do cuidador familiar e na qualidade do cuidado ao idoso (COUTO et al., 2019).

Os resultados das transições estão relacionados às definições e redefinições do eu e da situação, pode ser feita pela pessoa que está vivenciando a transição ou por outras pessoas no ambiente. No entanto, para estar em transição, a pessoa deve ter alguma consciência das mudanças que estão ocorrendo. Caso as mudanças ainda não tenham atingido o nível de consciência, ou estejam sendo negadas, então essa pessoa ainda não está em transição (MELEIS, 2010). A percepção de mudança na rotina relatada pelos familiares configura, dessa forma, a consciencialização das transformações causadas pelo adoecimento da pessoa idosa, bem como a necessidade da continuidade dos cuidados no domicílio por meio de reorganizar o ambiente físico, (re)definição de horários e o cuidado conferido ao idoso. Mesmo que as mudanças não pareçam significativas, isso não significa que o resultado da transição não possa ser positivo. A transição concluída significaria, então, que o potencial de ruptura e desorganização associado às circunstâncias precipitantes foi neutralizado (MELEIS, 2010).

A transição para o papel de cuidador também precisa ser compreendida e apoiada, uma vez que as mudanças no contexto individual e familiar são significativas e exige um tempo para o aprendizado do cuidar, com aquisição de novos conhecimentos e competências, de forma que sejam capazes de assegurar às necessidades do idoso e efetuar uma transição bem sucedida para o papel de cuidador (SOUSA et al., 2021; FERREIRA et al., 2020). Devido à incorporação de um novo papel, o profissional de saúde deve avaliar como os membros da família se ajustam às suas funções diante da nova situação, principalmente o cuidador familiar (NUNES et al., 2019).

Outro aspecto relevante ao cuidador familiar refere-se às crenças culturais atribuídas ao processo de transição, sendo a espiritualidade/religiosidade identificada neste estudo como facilitadora para enfrentamento da situação saúde/doença vivenciada. Percebeu-se que esse elemento configura uma estratégia para minimizar os sentimentos negativos, como forma de encorajamento, também no sentido de agradecer a recuperação de saúde da pessoa idosa e seu retorno ao domicílio após hospitalização.

A religião pode ser definida como crenças, práticas e rituais que estão relacionados com algo da ordem do transcendente. Já o termo religiosidade tem um conceito mais amplo do que religião. Diz respeito à um compromisso com a doutrina religiosa, envolvendo algumas práticas como oração, leitura do livro sagrado, cantos. Espiritualidade é definida como uma busca pessoal pela compreensão das questões sobre a vida, seu significado, e da relação com transcendente, podendo ou não conduzir a religiosidade (KOENIG, 2012).

Estudo realizado em um município no estado de Minas Gerais, a fim de investigar as formas de enfrentamento para alívio de tensões utilizadas por cuidadores familiares de idosos, evidenciou a espiritualidade/religiosidade como suporte para enfrentamento em momentos de adversidade na vida, buscando auxílio em uma força transcendente para dar continuidade no cuidado à pessoa idosa no domicílio (SILVA et al., 2018). Estudo de corte transversal, realizado com 301 cuidadores em um município no estado de São Paulo, com o propósito de analisar a relação entre esperança e espiritualidade de cuidadores, apresentou correlação positiva, sendo considerados fatores importantes para os cuidadores no processo de cuidado ao idoso dependente (SOUZA et al., 2017). As famílias, no estudo em tela, recorrem a espiritualidade/religiosidade como meio de superação diante das dificuldades encontradas, colaborando para o desenvolvimento da consciência do estado de saúde do idoso. Dessa forma, os profissionais de enfermagem devem considerar o bem-estar espiritual na satisfação e comportamentos adotados na vida, quando avaliarem famílias que vivenciam uma situação crônica.

As limitações físicas decorrentes do adoecimento podem levar à diminuição da disposição para o autocuidado, identificado nesse estudo como atitude relacionada a pessoa idosa que inibe uma transição bem sucedida. Na transição segura do hospital para a comunidade, a pessoa idosa apresenta alterações funcionais que afetam sua capacidade de autocuidado e podem levar à dependência. Estudo identificou dificuldades enfrentadas por cuidadores para dar continuidade ao cuidado na transição do idoso do hospital para a comunidade, como o manejo ineficaz do regime terapêutico e fatores associados ao conhecimento e nível de competência do cuidador informal (FERREIRA et al., 2019).

Identificar fatores que contribuem para o déficit de autocuidado da pessoa idosa, torna possível propor estratégias de promoção da saúde (SANTOS et al., 2012). Ao antecipar as necessidades da pessoa idosa para apoiar o autocuidado em casa, o cuidador familiar promove atitudes de cuidado que são resultados importantes que facilitam a tomada de decisão para uma transição hospital-comunidade segura.

Nos relatos, observou-se que a estabilidade financeira das famílias possibilitou a realização de mudanças no ambiente físico, facilitando a transição do cuidados da pessoa idosa para o domicílio, corroborando com os resultados encontrados em outros estudos (SILVA et al., 2020; FOGAÇA et al., 2015). A modificação espacial de alguns cômodos principais ou de toda área residencial é fundamental para atender as necessidades do idoso e manter a qualidade de vida e segurança no dia a dia.

No entanto, alguns relatos evidenciaram a dificuldade financeira de famílias como fator inibidor da transição da pessoa idosa. As dificuldades cotidianas experimentadas diante da necessidade de ajustes na residência, para mais praticidade na realização do cuidado, conforto e segurança dispendidos ao idoso, por vezes, são inviabilizadas pela escassez de recursos financeiros (FERRERIA et al., 2021). Estudo transversal com 112 idosos e cuidadores realizado no município de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, verificou a associação entre capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador, mostrou que mais de 90% dos idosos possuíam renda, mesmo assim a maior parte dos cuidadores utilizava a sua própria renda nos gastos com o idoso (FUHRMANN et al., 2015).

Dispor de seus recursos financeiros para com o idoso representa comprometer os gastos com itens pessoais ou da família, interferindo nos aspectos econômicos e na dinâmica familiar (FUHRMANN et al., 2015). Esse achado nos leva a refletir em quão elevados são os custos de cuidado com a pessoa idosa dependente, fazendo com que o resto da família disponibilize recursos financeiros para atender as necessidades do idoso.

Uma adequada transição do cuidado hospital-domicílio à pessoa idosa possibilita não apenas a resolução dos problemas de saúde, mas também oferece subsídios para promoção da autonomia, autocuidado e continuidade da assistência à saúde. Para tanto, os indivíduos envolvidos na transição precisam ser preparados para alta e para o enfrentamento dos cuidados no domicílio. Estudo realizado em Portugal, com o objetivo de analisar a vivência do cuidador familiar em fase de transição para o cuidado no domicílio destacou a prática de orientação ainda no ambiente hospitalar e a interação prévia com os profissionais em busca da aprendizagem do processo de cuidado como fatores que facilitam esse processo (ANTUNES et al., 2017).

Uma transição denota uma mudança no estado de saúde, nas relações de papel, nas expectativas ou nas habilidades. A transição requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e, portanto, mude a definição de si mesma no contexto social, de uma pessoa saudável ou doente, ou de necessidades internas e externas, que afetam o estado de saúde (MELEIS, 2010). Assim, as orientações fornecidas pela equipe multiprofissional do Projeto de Cuidados de Transição Hospital-Domicílio da Pessoa Idosa antes da alta hospitalar e o acompanhamento após o retorno para o domicílio mostraram-se facilitadores do processo de transição, auxiliando na aquisição de habilidades para o (auto)cuidado, visando a promoção da saúde e independência da pessoa idosa e seu cuidador familiar.

Na perspectiva dos cuidadores familiares a segurança na transição hospital-domicílio é estabelecida mediante o acompanhamento e esclarecimento daquilo que desconhecem, o que facilita a adaptação ao seu novo papel e a realização dos cuidados (FERRERIA et al., 2021). A preparação anterior à entrada no processo facilita a transição, além de que o conhecimento do que é esperado durante a transição e as estratégias de gestão da transição também são facilitadoras do processo (MELEIS et al., 2010). Estudo de coorte realizado nos Estados Unidos, verificou que um quarto das recomendações feitas pela equipe de alta hospitalar não foram seguidas e 20% dos indivíduos retornaram ao hospital em 30 dias (CARUSO, THWIN, BRANDEIS; 2014). Um ensaio clínico randomizado realizado com 222 idosos em dois hospitais na Austrália, avaliou a eficácia comparativa das intervenções de cuidados de transição em readmissões hospitalares, e evidenciou que os grupos de intervenção estavam menos propensos a ter uma readmissão após a alta (FINLAYSON et al., 2018). A educação e promoção do autocuidado, manutenção dos relacionamentos e estímulo à coordenação parecem ter um papel importante na redução da taxa de readmissão hospitalar de idosos (MORKISC et al., 2020).

Nesse sentido, a alta hospitalar pode se tornar uma experiência de aprendizado para a pessoa idosa e sua família, por ser uma oportunidade para que tenham entendimento de como enfrentar o tratamento e o cuidado no domicílio. Cabe destacar que o preparo para alta precisa ser planejado desde a admissão da pessoa idosa e seu cuidador familiar, para que não haja sobrecarga de informações no momento da alta, minimizando assim possíveis reinternações e garantindo o sucesso do tratamento.

O despreparo para o cuidar no domicílio identificada no presente estudo como dificultador para a transição da pessoa idosa, foi evidenciado também em outros estudos (SOUSA et al., 2021; SILVA et al., 2019). A ausência de suporte educacional para ajudar,

principalmente nos estádios iniciais do cuidado após alta demonstrou ser um estímulo que dificulta a acomodação da pessoa idosa no retorno ao domicílio (SILVA et al., 2019). A alta hospitalar de um idoso dependente e a necessidade da transferência do cuidado para o ambiente domiciliar, constitui-se um desafio para o cuidador familiar que assumirá o cuidado, estando relacionado ao suporte recebido para exercício desse cuidado.

A falta de informação quanto às questões relacionadas à saúde do idoso podem acarretar sérias consequências, como o agravamento do quadro clínico. Tal fato é ainda mais preocupante, quando consideramos os idosos que vivenciaram o internamento em unidades de terapia intensiva, e que necessitam de orientações de cuidados específicos que promovam a continuação da sua recuperação em domicílio (SILVA et al., 2019). Estudo realizado nos Estados Unidos, descreveu as experiências de pacientes idosos e seus cuidadores familiares quanto à transição hospital-domicílio. O estudo revelou que os pacientes e cuidadores receberam instruções de alta, mas com poucos detalhes e informações limitadas sobre as ações de acompanhamento se tivessem problemas. Os cuidadores enfatizaram o preparo inadequado deles durante o processo de alta (FOUST et al. 2012).

A falta de um planejamento de alta adequado e de uma transição adequada para idosos aumenta o risco de readmissão hospitalar e pode afetar negativamente o funcionamento e a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. Para reduzir o risco de desfecho negativo nesses casos, um estudo internacional realizado com pessoas idosas e seus cuidadores familiares considerou os seguintes aspectos: avaliação das condições clínicas, sociais e assistenciais, a formalização de papéis institucionais e das equipes designadas para o planejamento e coordenação da alta, o conhecimento de programas de gestão de cuidados de transição, e a capacidade de comunicação de informações na transição dos pacientes idosos entre hospitais e cuidados domiciliares, concluindo ser essencial uma organização hospitalar dedicada à alta de pacientes idosos (ZURLO; ZULIANE, 2018).

Nessa perspectiva, a preparação da alta da pessoa idosa para o domicílio deve centrar-se nas necessidades de autocuidado e de saúde, sendo o cuidador familiar um recurso para a continuidade dos cuidados. Ainda, a alta de um paciente idoso deve ser considerada em uma nova perspectiva cultural e deve ser imaginada como um processo bem estruturado a partir da admissão hospitalar e terminando com a alta do paciente em um ambiente capaz de apoiá-lo da melhor maneira possível. É importante destacar a importância de todos os profissionais de saúde terem conhecimento da rede de cuidados disponíveis em seu município, tendo em vista o preparo do idoso e seu familiar para o retorno ao domicílio, a fim de contribuir para promoção de uma transição eficaz. Por isso, no contexto do cuidado ao idoso, todos os profissionais de

saúde devem conhecer as condições que o levaram a hospitalização e as alterações decorrentes do envelhecimento com a finalidade de orientar idoso-cuidador desde sua entrada no serviço até a saída, direcionando-os ao suporte adequado na rede de atenção à saúde.

Além dos condicionantes pessoais, identificar os recursos sociais e comunitários disponíveis também auxiliam a pessoa idosa e sua família no processo de transição dos cuidados do hospital para o domicílio. Por meio do discurso dos familiares, foi possível constatar que a família é um suporte essencial para o idoso e também para o familiar que assume o cuidado domiciliar. Corrobora com esse achado em outros estudos, no qual os cuidadores relatam receber ajuda nos cuidados ao idoso dependente. O auxílio de outras pessoas foi associado como um fator positivo, considerando as demandas de cuidado, o que permitiu que o cuidador mantenha uma vida social (SILVA et al., 2020; FUHRMANN et al., 2015).

Estudo realizado com a intenção de identificar os condicionantes facilitadores e dificultadores do processo de transição saúde/doença num grupo de pacientes atendidos em uma clínica no interior da Bahia, verificou o comportamento de busca do amparo familiar como um condicionante facilitador, por trazer suporte emocional e conforto proporcionado pela atenção, escuta, estima e companheirismo (OLIVEIRA et al., 2020).

Em estudo semelhante, cuidadores familiares mencionaram a presença de outros membros da família auxiliando-o na dinâmica do cuidado, de maneira direta ou indireta, para os cuidados básicos com a pessoa idosa, proporcionando a redução da sobrecarga do cuidador principal (FERREIRA et al., 2021). A família tem papel fundamental no enfrentamento, superação das limitações e na adequação do idoso no retorno para o domicílio, constitui-se a principal rede de apoio para o idoso e seu familiar cuidador.

A presença de vizinhos e amigos também foi identificada como um suporte facilitador da transição hospital-domicílio, corroborando com outros estudos (OLIVEIRA et al., 2020; MOTA et al., 2015). A presença de uma rede de apoio composta por amigos e vizinhos parece ser favorecida pelo constante contato entre as pessoas e representa uma vivência positiva e prazerosa no retorno domiciliar (SANTOS et al., 2019). Em estudo internacional realizado com parceiros conjugais de pessoas idosas que se tornaram cuidadores, revelou que tornar-se um cuidador estava associado a um maior apoio de amigos (HAWKLEY et al., 2020). As relações estabelecidas com amigos e vizinhos são referidas como aspectos favorecedores da transição, despertando o sentimento de solidariedade, e devem, portanto, ser consideradas no planejamento de cuidado direcionado à pessoa idosa.

A ausência de uma rede familiar para compartilhar o cuidado à pessoa idosa dependente interfere na experiência do cuidador familiar que vivencia as atividades diárias com cansaço

físico e psicológico. Os achados são ratificados em estudos recentes (FERREIRA et al., 2021; SOUSA et al., 2021; SILVA et al., 2020), onde o cuidador principal desempenha múltiplas atividades para atender às necessidades do idoso, como cuidados com higiene, alimentação, medicações, curativos, revelando uma rotina diária que requer a sua presença constante ao lado da pessoa idosa.

Estudo realizado em Chicago, Estados Unidos comparou o bem-estar mental e social em parceiros conjugais que se tornaram cuidadores, e revelou que tornar-se um cuidador esteve associado a um aumento na percepção do estresse em homens e mulheres e a um aumento na ansiedade entre os homens (HAWKLEY et al., 2020). Estudo realizado na Espanha, com a finalidade de analisar a relação entre o declínio da pessoa idosa e a sobrecarga do seu cuidador familiar, verificou-se que, embora não se sentissem sobrecarregados com o cuidar, houve relação da sobrecarga com a depressão em cuidadores familiares (HERNÁNDEZ GÓMEZ et al., 2019). Em outro estudo, familiares jovem e economicamente ativos deixam de exercer atividade profissional remunerada para poder cuidar da pessoa idosa (SOUSA et al., 2021). Muitas vezes, ter que conciliar os compromissos diários e as atividades relacionadas ao cuidado torna-se um desafio para o cuidador familiar, podendo comprometer o processo de transição da pessoa idosa. Para alguns há ainda os desafios para conciliar a vida laboral com as demandas de cuidado.

Em relação aos condicionantes sociais identificados no presente estudo, o acesso aos serviços relatados pelos cuidadores familiares ajudam na manutenção da saúde do idoso, contribuindo como suporte social. Outro aspecto evidenciado foi a satisfação dos cuidadores com a presença e disponibilidade dos profissionais de saúde durante a transição do hospital e o retorno para o domicílio, uma vez que passam segurança aos cuidadores familiares. Estes procuram apoio no serviço quanto ao fornecimento de insumos e orientação para o cuidado relacionado ao tratamento da doença do idoso, confirmando resultados encontrados em outro estudo (SILVA et al., 2020).

Estudo realizado em Boston, Estados Unidos identificou alguns resultados desejados do cuidador nas transições de cuidados do familiar idoso, como o cuidado pelos profissionais de saúde, responsabilidade do sistema de saúde e sentir-se preparado e capaz de implementação de planos de cuidados (MITCHELL, 2018). Outro estudo internacional, realizado com pacientes idosos e seus cuidadores familiares apontou relacionamentos de cuidado com profissionais de saúde, busca de informações, discussão e negociação do plano de cuidados de transição e aprendizagem do autocuidado são processos sociais que apoiam a independência da pessoa idosa em casa (ALLEN et al., 2018). O apoio social é importante determinante dos

serviço de saúde e, também, uma ferramenta capaz de modificar o processo de transição da pessoa idosa do hospital para o domicílio, pois contribui para a continuidade do cuidado.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, mostrou que os profissionais de saúde atuam como intermediários e educadores durante a transição do hospital para o domicílio, ajudando a preparar os pacientes e seus cuidadores familiares para os cuidados após a alta e minimizando os índices de complicações, readmissão hospitalar e melhorando a qualidade de vida dos envolvidos (ALBERT, 2016).

A principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde no Brasil é a Unidade Básica de Saúde (UBS), vinculadas ao município. Ela desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade, fazendo parte da rede de apoio que facilita a transição do cuidado. Além da UBS, a rede de apoio facilitadora do processo de transição hospital-domicílio da pessoa idosa e cuidador conta com Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso, vinculada ao estado, oferece aos idosos um serviço especializado em saúde e também a interlocução com outras instituições a fim de fortalecer a rede. Oferece também, suporte e apoio ao cuidador através do Programa de Apoio ao Cuidador que beneficia o cuidado e a convivência com a pessoa idosa (BAHIA, 2021).

Ter uma rede de apoio formal com serviços de saúde que sejam efetivos na assistência ao idoso reflete na satisfação dos cuidadores familiares e pode promover o avanço nas fases da transição, à medida que auxiliam no fortalecimento para o autocuidado. Cabe ressaltar a atuação dos profissionais de saúde na oferta de subsídios para envolver os membros familiares no cuidado, por meio de ações de suporte e que transmitam segurança aos familiares.

A dificuldade no acesso aos serviços foi uma barreira apontada pelo cuidador familiar para a continuidade do cuidado domiciliar à pessoa idosa. Essa dificuldade foi atribuída ao distanciamento social para enfrentamento à pandemia de Covid-19. A disponibilidade limitada dos profissionais e a cobertura insuficiente dos serviços dificulta a transição saudável do cuidado hospital-domicílio. Estudo aponta que apesar da aproximação territorial, a assistência domiciliar só era prestada quando solicitada pelo cuidador familiar, não havendo planejamento e periodicidade (SILVA et al., 2020).

Em um estudo realizado no Canadá, os cuidadores familiares de pessoas idosas identificaram uma lacuna na transição do hospital para o domicílio que deveria ser uma prioridade para o sistema de saúde. De acordo com o estudo, os serviços de assistência domiciliar público era insuficiente para atender as necessidades, não estando disponível ao chegar em casa do hospital (KIRAN, 2020). Para o novo papel do familiar na prestação de

cuidados, ressalta-se a necessidade de melhorar o acesso aos serviços que auxiliem o cuidado domiciliar e desta forma, promover o bem-estar do idoso e, conseqüentemente seu cuidador familiar.

Embora o ser humano sempre enfrente muitas mudanças ao longo da vida que desencadeiam processos internos, a enfermeira se depara com pessoas que passam por uma transição quando e se relaciona à sua saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si. Além disso, as enfermeiras lidam com os ambientes que apoiam ou dificultam a suas transições sociais, comunitárias, familiares. Para captar a definição, o significado, as condições e os resultados das transições, é útil ter estruturas que forneçam coerência e direção a partir das quais fazer perguntas e desenvolver programas de pesquisa.

Ao identificar os fatores presentes na transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa e seus familiares, a enfermeira deve utilizar os recursos e habilidades pessoais de cada familiar cuidador além dos recursos existentes no ambiente social e comunitário, visando melhorias na qualidade de vida. Para que a enfermeira seja uma verdadeira facilitadora do processo de transição necessita ter conhecimento, experiência e uma visão ampliada das condições que envolvem o processo transicional. A partir das bases do conhecimento teórico da Teoria das Transições, a enfermeira pode compreender as reais necessidades do indivíduo e, instituir ações subsidiadas em sua reflexão individual para desenvolver um plano assistencial integrado para a pessoa idosa e sua família.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os condicionantes facilitadores para a transição hospital-domicílio da pessoa idosa foram o significado positivo para o retorno ao domicílio após hospitalização, a espiritualidade/religiosidade, a estabilidade financeira, o preparo para gerenciamento do cuidar no domicílio e rede de apoio social e comunitária disponível. Já os que condicionantes inibidores foram o significado negativo para o retorno ao domicílio, o déficit da pessoa idosa para o autocuidado, a insegurança financeira, a falta de preparo para o cuidar no domicílio e a ausência da rede de apoio social e comunitária. Assim, ao identificar os fatores presentes na transição do cuidado hospital-domicílio da pessoa idosa, a enfermeira deve utilizar os recursos e habilidades pessoais de cada cuidador familiar além dos recursos existentes no ambiente social e comunitário, visando melhorias na qualidade de vida, e dessa forma ser uma facilitadora do processo de transição partindo de uma visão ampliada das condições que envolvem o processo transicional.

O presente estudo tem algumas limitações inerentes ao método. A primeira refere-se ao delineamento da pesquisa, na qual foram incluídos pacientes de um hospital no nordeste do Brasil, o que pode não representar todo contexto cultural do país. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas com pacientes de diferentes localidades do Brasil. Além disso, a coleta de dados à distância por contato telefônico devido a pandemia de Covid-19 dificultou o contato da pesquisadora com os participantes. Também, devido a pessoa idosa não ter condições de responder o instrumento, permitiu-se a participação de cuidadores familiares que acompanhou durante a hospitalização e o processo de alta. A experiência de transição do cuidado para o cuidador pode ser diferente daquela do paciente, o que pode ter influenciado os resultados. De forma semelhante, a escassez de investigações nacionais acerca do tema dificulta a discussão no contexto brasileiro. Espera-se que este estudo seja o ponto de partida para o debate sobre a transição do cuidado em todo o país.

9. REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques; et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v.12, n.12, p.3190-3196, 2018.

ALBERT, Nancy. A systematic review of transitional care strategies to reduce readmission in heart failure patients. **Heart Lung**, v.45, n.2, p.100-13, 2016.

ALLEN, Jacqueline; HUTCHINSON, Alison; BROWN, Rhonda; LIVINGSTON, Patricia. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. **Health Expect**. v. 21, n. 2, p.518-527, 2018.

ANDRADE, Camila Calhau; et al. Acesso do idoso à atenção básica de saúde. In: REIS, Luciana Araújo dos; SANTOS, Joselito; REIS, Luana Araújo dos; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel (Org.). **Ensaio sobre o Envelhecimento**. Vitória da Conquista: Edições UESB, p.37-50, 2013.

ANTUNES, Patrícia Fernandes; MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira. Transition to the family caregiver role in Portugal. *Porto Biomed J.* v.2, n.6, p.254-9, 2017.

BAHIA. Centro Estadual de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (**CREASI**), 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963**, de 27 de maio de 2013 – Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. 2014a. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, IBGE, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular Nº 02/2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Domiciliar**. 2020a.

CARUSO, Lisa; THWIN, Soe Soe; BRANDEIS, Gary. Following Up on Clinical Recommendations in Transitions from Hospital to Nursing Home. **Journal of Aging Research**, p.1-5, 2014.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues. Envelhecimento populacional e perfil de morbimortalidade de idosos residentes no município de Montes Claros/MG. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v.15, n.1, p.28-39, 2013.

COLEMAN, Eric; BOULT, Chad. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.** v.51, n.4, p.556-7, 2003.

COUTO, Alcimar Marcelo de; CALDAS, Célia Pereira; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. **R Pesq Cuid Fundam**, v.11, n.4, p.944-50, 2019.

COSTA, Josiane Moreira; et al. Análise de um programa para otimização da transição do cuidado de pacientes em terapia antimicrobiana. **Rev. APS.** v.17, n.3, p.318-324, 2014.

COSTA, Lanna Gabriela Façanha. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v.15, n.3, p.137-145, 2016.

FALCÃO, Luciana Moreira. A importância do enfermeiro no cuidado humanizado do idoso. **Revista de la Facultad de Educación**, n.23, p.178-85, 2016.

FAUSTINO, Tássia Nery; SILVA, Larissa Chaves Pedreira da; VIEIRA, Silvana Lima. Cuidado de enfermagem à pessoa idosa criticamente enferma. In: MENEZES, Maria do Rosário de; et al. (Org). **Enfermagem gerontológica: um olhar diferenciado no cuidado biopsicossocial e cultural**. São Paulo: Martinari, 2016.

FERREIRA, Edite Maria. Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. **Rev Bras Enferm**, v.72, n.1, p.147-53, 2019.

FERREIRA, Bruna Alexandra da Silva; et al. Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v.73, n.3, 2020.

FERREIRA, Sara Ingrid de Rezende; et al. Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família. **Rev baiana enferm**, n.35, p.422-49, 2021.

FINLAYSON, Kathleen. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk seniors. **BMC Health Services Research**, n.18, 2018.

FLESCHE, Letícia Decimo; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, v.19, n.3, p.157-238, 2014.

JONAS FOGAÇA, Naianny; CARVALHO, Marina Medeiros; MONTEFUSCO, Selma Rodrigues Alves. Percepções e sentimentos do familiar/cuidador expressos diante do ente em internação domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.6, p. 848-855, 2015.

FONTANA, Gabriela; CHESANI, Fabíola Hermes; MENEZES, Marina. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.86-95, 2017.

FOUST, Janice; VUCKOVIC, Nancy; HENRIQUEZ, Ernesto. Transição de cuidados de saúde de hospital para domicílio: perspectivas do paciente, cuidador e clínico. **West J Nurs Res**, v.34, n.2, p.194-212, 2012.

FUHRMANN, Ana Cláudia; BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz; SANTOS, Naiana Oliveira dos; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n.1, p.14-20, 2015.

FURUYA, Rejane Kiyomi; et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao Idoso em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 158-62, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Catarina, v.3, n.2, p.197-204, 2013.

HAWKLEY, Louise. Cognitive Limitations in Older Adults Receiving Care Reduces Well-Being Among Spouse Caregivers. **Psychol Aging**, v.35, n.1, p.28-40, 2020.

HERNÁNDEZ GÓMEZ, Mercedes; et al. Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. **Rev Esp Salud Pública**, n.93, 2019.

KERNKAMP, Clarice da Luz; et al. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.7, p.1-14, 2016.

KIRAN, Tara. Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. **BMJ Qual Saf**, 2020.

LIMA, Claudia Feio da Maia; et al. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, 2016.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v.39, 2018.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, p. 21, 1998.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n.1, p.5-7, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4341-4350, 2014.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Transitions Theory: Middle range and situation- specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010.

MENDES, Polyana Norberta; et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paul Enferm**, v.32, n.1, p.87-94, 2019.

MITCHELL, Suzanne. Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. **Annals Of Family Medicine.**, v.16, n. 3, 2018.

MILLER, Tim; CASTANHEIRA, Helena Cruz. The fiscal impact of population aging in Brazil: 2005-2050. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 5-23, 2013.

MINAYO, Cecilia de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MORKISCH, Nadine. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. **BMC Geriatrics**, v.20, n.345, 2020.

MOTA, Marina Soares; et al. Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p.82-88, 2015.

NEVES, Ana Carolina de Oliveira Jeronymo; et al. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. **Cogitare Enferm**. v. 21, n. 4, p. 01-10, 2016.

NUNES, Simony Fabíola Lopes; ALVAREZ, Angela Maria; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; VALCARENGHI, Rafaela Vivian. Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com doença de Parkinson. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, 2019.

OLÁRIO, Patrícia da Silva; et al. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no Rio de Janeiro/Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, 2018.

OLIVEIRA, Luciano Rodrigues de. A Desospitalização como uma Iniciativa do Hospital. In: Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. **Caderno de Boas Práticas: Desospitalização**. São Paulo: Nead, p.10-13, 2017.

OLIVEIRA, Francieli Aparecida de. The health/disease transition process in chronic kidney disease patients: contributions to nursing care. **Rev Esc Enferm USP**, v.54, 2020.

POLISAITIS, Ariane; MALIK, Ana Maria. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 09-26, 2019.

PRETO, Leonel São Romão; et al. Continuidade de cuidados e estado de saúde após a alta de unidades de longa duração. **Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 45-53, 2017.

REIS, Luciana Araújo dos; SANTOS; Joselito; REIS, Luana Araújo dos; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel (Org.). **Ensaio sobre o Envelhecimento**. Vitória da Conquista: Edições UESB, p. 224, 2013.

RIBEIRO, Márcia Gomes; SANCHO, Leyla Gomes; LAGO, Regina Ferro do. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.394-401, 2015.

RODRIGUES, Anita Hernández; et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet]. v. 69, n. 2 p. 229- 234, 2016.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; et al. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Rev Bras Geriatr Gerontol, Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.747-754, 2012.

SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; et al. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.124-131, 2013.

SANTOS, Maria Aline Siqueira; et al. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p.389-398, 2015.

SANTOS, Jessica Lane Pereira; et al. Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, 2019.

SERVO, Luciana Mendes Santos. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In: _____ (Org). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, p. 491-510, 2014.

SILVA, Kênia Lara; DE SENA, Roseni Rosângela; CASTRO, Wesley Souza. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 4, n. 38, p.1-9, 2017.

SILVA, Rosangela Aparecida Elerati; et al. Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Rev Bras Enferm**, v. 73, 2020.

SILVA, Monalisa Claudia Maria da; et al. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p.2607-14, 2018.

SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da; et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, Uberaba, v. 11, n. 4, p.514-520, out. 2013.

SOUSA, Girliani Silva de; et al. “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p.27-36, 2021.

SOUZA, Milena Nunes Alves; et al. Direito à Saúde: uma abordagem sobre o acesso de idosos aos serviços de saúde. In: REIS, Luciana Araújo dos; SANTOS, Joselito; REIS, Luana Araújo dos; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel (Org.). **Ensaio sobre o Envelhecimento**. Vitória da Conquista: Edições UESB, p.19-36, 2013.

SOUZA, Érica Nestor; et al. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.3, 2017.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. In: _____. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 3.ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 9-23, 2019.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-17, 2005.

VERAS, Renato. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

VITORINO E SILVA, Maria do Socorro Nobre; BENEVIDES, Marinina Gruska. A Desospitalização de Idosos: Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) do Hospital Geral de Fortaleza. **Conhecer: debate entre o público e o privado**. v. 5, n. 15, 2015.

WEBER, Luciana Andressa Feil; et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. v. 22, n. 3, 2017.

ZURLO, Amedeo; ZULIANI, Giovanni. Management of care transition and hospital discharge. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.30, p.263-270, 2018.

APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- 2

IDOSO

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado (a) senhor(a),

Convido você para participar do estudo intitulado “Cuidado a pessoa idosa no processo de hospitalização e transição hospital-domicílio”, o qual possui como pesquisadora responsável a Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira e os pesquisadores assistentes Cláudia Fernanda Trindade Silva, Elaine do Oliveira Souza Fonseca, Gláucia Pinheiro da Cruz, Jessica Lane Pereira Santos, Juliana Bezerra do Amaral, Juliana Tavares Lopes, Juliana Vieira dos Santos, Larissa Simões Jesus da Cruz, Monaliza Lemos de Souza, Roberta Pereira Góes, Paloma Alves dos Santos, Pedro Henrique Costa Silva, Valdir Pereira Silva, todos vinculados a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Este estudo tem como objetivo geral investigar como são realizados os cuidados prestados pela equipe de enfermagem a pessoa idosa em situação crítica de saúde, durante a hospitalização e na transição hospital-domicílio. Nesse caso, buscamos atender ao objetivo específico H que é conhecer a adaptação do idoso no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar.

Desta forma, caso aceite participar do estudo, o sr(a) será convidado para uma entrevista, a qual será gravada, se assim permitir. Acredita-se que o conhecimento produzido nesta área poderá proporcionar maior atenção as pessoas idosas, quando em processo de transição do hospital para o domicílio. Dessa forma a sua participação é muito importante.

Para realizarmos a pesquisa, vamos fazer uma ou duas visitas ao senhor (a), conforme a sua disponibilidade para entrevista. Essa visita acontecerá após a sua concordância por contato telefônico anterior, aceitando a nossa visita para apresentação do projeto. Aceitando participar, faremos a entrevista no mesmo dia ou em outro se assim preferir.

Na entrevista, faremos algumas perguntas que levaremos prontas, direcionadas a sua adaptação no domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar. As perguntas,

bem como as suas respostas, serão gravadas e depois vamos repassar para forma escrita para podermos estudá-las. Esta entrevista tem a programação de ser em torno de uma hora, mas pode ser interrompida a qualquer momento e, se o senhor (a) desejar estender, será possível.

A pesquisa não implica em riscos físicos, porém deve ser considerado que o (a) sr(a) poderá se sentir desconfortável ao relembrar o período da hospitalização ou incomodado com o gravador. Caso isso aconteça, o (a) sr(a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, ou interromper e retomar em outro momento. De acordo com as leis brasileiras, o sr(a) tem direito a indenização, caso sinta-se prejudicado por esta pesquisa.

Informamos que o sr(a) não será identificado, sendo sigilosos os dados. Todas as informações dadas serão usadas apenas para a pesquisa e os documentos digitais com as gravações serão armazenadas na sala do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) localizada no 2º pavimento da Escola de Enfermagem – UFBA, sob minha responsabilidade pelo período de cinco anos, quando então, serão destruídas. Não haverá, para o sr(a), nenhum pagamento ou despesa para participar da pesquisa e, caso queira desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento sem nenhum prejuízo, dano ou perda de qualquer benefício que eu tenha adquirido.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos nacionais e internacionais, bem como serão publicados artigos em periódicos.

A qualquer momento que houver necessidade do esclarecimento de dúvidas, ou de acesso aos resultados, pode entrar em contato comigo ou com o Comitê de Ética da EEUFBA, no 4º pavimento, localizado na Rua Augusto Viana, s/n, Canela, 40110-060, Salvador.

Sendo assim, caso concorde em participar desta pesquisa, o sr(a) deve assinar este termo de consentimento em duas vias.

9

TERMO DE CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram dadas para mim sobre a pesquisa intitulada: **“Cuidado a pessoa idosa no processo de hospitalização e transição hospital-domicílio”**, que tem como objetivo geral: investigar como são realizados os cuidados prestados pela equipe de enfermagem a pessoa idosa em situação crítica de saúde, durante a hospitalização e na transição hospital-domicílio. Essa entrevista busca atender ao objetivo específico H da pesquisa

ANEXO A – Parecer consubstanciado

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO A PESSOA IDOSA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

Pesquisador: Larissa Chaves Pedreira

Área Temática:

Versão: 11

CAAE: 87976818.6.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.404.983

Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda, com avaliação conjunta pela instituição coparticipante, para prorrogação do prazo para coleta de dados da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

investigar como os cuidados prestados pela equipe de enfermagem a pessoa idosa em situação crítica de saúde, durante a hospitalização e na transição hospital-domicílio afetam o idoso.

Objetivos Secundários:

- A) Caracterizar as pessoas idosas hospitalizadas em relação aos aspectos sócio demográficos e de saúde;
- B) Caracterizar os enfermeiros que atuam no cuidado de pessoas idosas hospitalizadas;
- C) Levantar os cuidados de enfermagem aplicados a essas pessoas e seus familiares/cuidadores, durante a sua hospitalização, em relação aos cuidados com a pele e a cavidade bucal, com a mobilidade, com a manutenção da continência, da autonomia e da cognição;
- D) Conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais para inclusão da família no cuidado ao idoso hospitalizado;
- E) Conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros a pessoa idosa no momento da transição

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.404.983

hospital – domicílio;

F) Conhecer os cuidados prestados pelos enfermeiros para a reabilitação da pessoa idosa.

G) Conhecer as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a prestação desses cuidados;

H) Conhecer a adaptação do idoso no domicílio, após internamento na UTI e alta hospitalar;

I) Revisar os instrumentos utilizados pela equipe de enfermagem para a prestação do cuidado a pessoa idosa;

J) Realizar intervenção educativa com a equipe de enfermagem sobre o cuidado a pessoa idosa hospitalizada e para a transição hospital-domicílio;

K) Elaborar, conjuntamente com a equipe de enfermagem, um plano para a implementação do cuidado de transição hospital - domicílio das pessoas idosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Riscos:

"A identificação dos colaboradores, será realizada através de pseudônimos a fim de garantir seu anonimato e privacidade. Haverá respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, hábitos e costumes dos entrevistados; e os mesmos terão liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalização e prejuízo. A pesquisa se classifica como risco mínimo, pois na coleta não serão identificados os sujeitos da pesquisa, podendo se relacionar ao constrangimento ou desconforto que algum participante poderia sentir, mas em qualquer hipótese, caso haja algum prejuízo, o tratamento será oferecido, sem ônus, e será providenciado pelas autoras."

Benefícios:

"Acredita-se que o conhecimento produzido poderá proporcionar maior visibilidade e vigilância a população idosa hospitalizada, oferecendo conhecimento e reflexões sobre as demandas de cuidado dessas pessoas, para uma melhor atenção da equipe de enfermagem, e intervenções futuras."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, observacional e descritiva. Na atual versão pesquisadora solicita prorrogação de prazo para coleta de dados devido a pandemia pela COVID-19.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.404.983

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na atual versão foram anexados:

- 1- Formulário de informações básicas da PB;
- 2- Documento com solicitação da emenda destinado à instituição proponente;
- 3- Documento com solicitação da emenda destinado à instituição coparticipante.

Recomendações:

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa com solicitação de emenda atende aos princípios éticos e bioéticos emanados da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 17 de Novembro de 2020

Assinado por:
Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))