



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

**EMANUELA SANTOS OLIVEIRA**

**CUIDADO DA ENFERMEIRA À PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO  
CARDÍACO DEFINITIVO NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

**SALVADOR-BA**

**2021**

**EMANUELA SANTOS OLIVEIRA**

**CUIDADO DA ENFERMEIRA À PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO  
CARDÍACO DEFINITIVO NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de Mestra em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”. Linha de Pesquisa: “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR-BA

2021

O48 Oliveira, Emanuela.

Cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio/EmanuelaOliveira. – Salvador, 2021.

60 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.  
Inclui referências e anexos.

1. Cuidado transacional. 2. Enfermagem em geriatria. 3. Idoso. 4. Alta do paciente. 5. Marcapasso artificial. I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 615.817.053.9

**EMANUELA SANTOS OLIVEIRA**

**CUIDADO DA ENFERMEIRA À PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO  
CARDÍACO DEFINITIVO NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

**Aprovada em 29 de março de 2021**

**BANCA EXAMINADORA**

**Tânia Maria de Oliva Menezes**

*Tânia Maria de Oliva Menezes*

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

**Adriana Valéria da Silva Freitas**

*Adriana Valéria da Silva Freitas*

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia

**Cláudia Geovanna da Silva Pires**

*Cláudia Geovanna da Silva Pires*

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

**Ana Luíza Barreto de Oliveira**

*Ana Luíza Barreto de Oliveira*

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa dissertação ao meu querido **DEUS**,  
“Senhor de toda ciência, sabedoria e poder”, e a  
**FAMÍLIA OLIVEIRA**, meu alicerce terrestre.

## AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que de fato resume esse momento:

. A Deus, minha força maior, por propiciar a realização de mais um sonho, e ter me confiado mais essa batalha me sustentando em seus braços, principalmente nas adversidades. A ti entrego todos os meus passos e sem ti nada seria possível.

. À minha **mãe Maria Oliveira**, minha maior inspiração, por toda dedicação, educação, ensinamentos e estar sempre ao meu lado, acreditando em mim, mesmo quando eu não acreditei. À meu **pai Hamilton Oliveira**, *in memorian*, meu grande guerreiro, o homem que “nasceu sem medo”, e me ensinou a ser forte e corajosa, e do céu vibra esse momento.

. À meus irmãos **Ricardo Oliveira e Rogério Oliveira** e meu sobrinho **Lucas Oliveira** pelo incentivo, suporte, paciência e zelo em todos os momentos.

. À minha **família OLIVEIRA**, por todo amor, suporte e orações. A meu avô **Ricardo Geraldo**, *in memorian*, pelas bênçãos desejadas e ensinamentos ao longo da vida, até o momento da sua despedida.

. À minha avó de coração “**Tininha**”, pelas orações dedicadas a meu bem estar e vitória.

. À minha estimada orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Tânia Menezes**, pelos ensinamentos, paciência e dedicação. Por ter concedido a oportunidade de ser sua orientanda, e ter ofertado seu carinho e suporte nos momentos mais difíceis da minha vida.

. Às amigas, **Lélia Sobrinho e Nildete Gomes**, por todos os ensinamentos, apoio, parceria e carinho. Sem vocês teria sido consideravelmente mais difícil. Minha eterna gratidão!

. À **Mateus Vieira** pelo acolhimento, incentivo e apoio.

. À **Alice de Andrade**, pelo incentivo e orientações. E aos demais amigos, pela torcida e boas vibrações.

. À **Paulo Joau**, pelos ensinamentos, por me ouvir com paciência e partilhar suas experiências contribuindo para meu crescimento.

. À **Jonatas César**, pelo incentivo e suporte desde o princípio.

. Às **Enfermeiras entrevistadas**, pela paciência e solicitude, mesmo diante das demandas laborais. Muito agradecida.

. Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA** por oportunizar esse momento de aprendizado, crescimento pessoal e profissional. Indubitavelmente, uma das melhores experiências da minha vida.

. Às **professoras do PPGENF**, que souberam partilhar com magnanimidade seus conhecimentos, contribuindo para meu progresso. Meus sinceros agradecimentos!

**“Clama a mim, e responder-te-ei, e anunciar-te-ei coisas grandes e firmes que não sabes”.**

**Jeremias 33:3**

## RESUMO

Oliveira, Emanuela Santos. **Cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio.** 2021. 60f Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

O crescente índice de doenças cardiovasculares no Brasil expande o número de internações e implantes de marcapasso cardíaco. Ressalta-se a importância da orientação dos pacientes quanto aos cuidados após o implante de marcapasso. Nesse sentido, a transição do cuidado tem sido destacada como uma das formas de garantir a continuidade da assistência. Os objetivos desta pesquisa foram: Geral: Apreender como ocorre o cuidado da enfermeira a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio; Específicos: 1. Descrever quais orientações de cuidados as enfermeiras fornecem a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo, família e/ou cuidadores durante a internação para a transição hospital-domicílio; 2. Caracterizar como as enfermeiras inserem a família nas orientações sobre o cuidado de transição hospital-domicílio; 3. Descrever as facilidades e dificuldades do serviço no planejamento e implementação dos cuidados de transição hospital/domicílio para a pessoa idosa com marcapasso cardíaco, familiares e/ou cuidadores. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada em um hospital filantrópico, na cidade de Salvador-BA. As participantes foram 14 enfermeiras que atuam nas unidades de internação com perfil cirúrgico e cardiológico. Para coleta dos depoimentos foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Os achados foram discutidos por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo. Foi identificado o conhecimento insipiente das enfermeiras acerca do cuidado de transição, e na perspectiva dessas profissionais, os principais cuidados relacionados à pessoa idosa com marcapasso consistem em orientações sobre o uso da carteira de identificação do marcapasso e cuidado com a ferida operatória, desconsiderando os demais aspectos que compõem a integralidade do indivíduo. Observou-se que o planejamento de alta não é iniciado no momento da admissão por todas as enfermeiras. Destaca-se na perspectiva das entrevistadas, a importância da participação do familiar/cuidador nas orientações de cuidado. Constatou-se que o relatório de alta de enfermagem constitui um instrumento facilitador para a transição do cuidado. As enfermeiras devem estar capacitadas com embasamento teórico e prático, fundamentadas com conhecimentos específicos sobre esse dispositivo cardíaco eletrônico implantável, a fim de minimizar as implicações referentes aos aspectos físicos, emocionais e sociais envolvidos no processo do implante de marcapasso. Desse modo, a enfermeira deve ofertar uma transição de cuidado qualificada, objetivando reduzir riscos, complicações e readmissões hospitalares.

**Palavras-chave:** Cuidado transicional; Idoso; Marcapasso artificial; Alta do paciente.



## ABSTRACT

Oliveira, Emanuela Santos. **Nurse care for the elderly with a permanent cardiac pacemaker during the hospital-home transition.** 2021. 60f. Dissertation (Master in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

The growing rate of cardiovascular diseases in Brazil expands the number of hospitalizations and cardiac pacemaker implants. The importance of patient orientation regarding care after the pacemaker implantation is emphasized. In this sense, the transition of care has been highlighted as one of the ways to guarantee continuity of care. The objectives of this research were: General: To apprehend how the nurse's care occurs to the elderly person with a definitive cardiac pacemaker in the hospital-home transition; Specific: 1. Identify which care guidelines the nurses provide the elderly person with a definitive cardiac pacemaker, family and / or caregivers during hospitalization; 2. Identify how nurses insert the family in the guidelines on hospital-home transition care; 3. Describe the facilities and difficulties of the service in the planning and implementation of hospital / home transition care for the elderly with a cardiac pacemaker, family members and / or caregivers. This is a qualitative research, carried out in a philanthropic hospital, in the city of Salvador-BA. The participants were 14 nurses who work in the inpatient units with a surgical and cardiological profile. To collect the testimonies, the semi-structured interview technique was used. The findings were discussed using the collective subject discourse technique. The nurses' insipient knowledge about transition care was identified, and from the perspective of these professionals, the main care related to the elderly with pacemaker consists of guidelines on the use of the pacemaker identification card and care for the surgical wound, disregarding the surgical wound. The other aspects that make up the individual's integrality. It was observed that discharge planning is not initiated at the time of admission by all nurses. From the perspective of the interviewees, the importance of the participation of the family member / caregiver in the care guidelines stands out. It was found that the nursing discharge report is a facilitating instrument for the transition of care. Nurses must be trained with theoretical and practical basis, based on specific knowledge about this implantable electronic cardiac device, in order to minimize the implications regarding the physical, emotional and social aspects involved in the pacemaker implantation process. Thus, the nurse must offer a qualified care transition, aiming to reduce risks, complications and hospital readmissions.

**Keywords:** Transitional care; Old man; artificial pacemaker; discharge from the patient.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AVD</b>	Atividade de Vida Diária
<b>CDI</b>	Cardiodesfibrilador Implantável
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>DCEI</b>	Dispositivo Cardíaco Eletrônico Implantável
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>DCV</b>	Doença Cardiovascular
<b>MCA</b>	Marcapasso Cardíaco Artificial
<b>MP</b>	Marcapasso
<b>NESPI</b>	Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PE</b>	Processo de Enfermagem
<b>RC</b>	Ressincronizador Cardíaco
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	16
2.2 A PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO CARDÍACO DEFINITIVO .....	17
2.3 TRANSIÇÃO DO CUIDADO .....	18
2.4 A ENFERMEIRA NOS CUIDADOS A PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO ARTIFICIAL NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO .....	21
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	24
3.3 PARTICIPANTES.....	25
3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS .....	25
3.5 ANÁLISE DE DEPOIMENTOS.....	25
3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS .....	26
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES .....	28
4.2.1 IC- Cuidado de Continuidade .....	29
4. 2. 2. IC: Cuidado de continuidade ao idoso com MP .....	30
4. 2. 3. IC- Início do Planejamento de Alta .....	30
4. 2. 4 IC Orientações de cuidado.....	31
4. 2. 4. 1 Carteira de identificação do Marcapasso.....	32
4. 2. 4. 2 Ferida Operatória.....	32
4. 2. 4. 3 Cuidado com Membro Adjacente.....	33
4. 2. 5. Inserção do familiar/cuidador nas orientações .....	33
4. 2. 6 Orientação de cuidado relevante.....	34
4. 2. 7. Fatores intervenientes do cuidado de transição .....	35
4. 2. 7.1 Facilidades .....	35
4. 2. 7. 2 Dificuldades.....	35
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>50</b>
<b>APENDICE B- ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O curso natural da vida predispõe ao indivíduo desenvolver doenças, principalmente as cardiovasculares. Na atualidade, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) contribuem para agravos à saúde da população, e até mesmo a morte. Estudos do Ministério da Saúde indicam que aproximadamente 33% das mortes são causadas por Doenças Cardiovasculares (DCV) e, esses números tornam-se ainda maiores, se considerarmos a população idosa (DUTRA *et al.*, 2016).

Os indivíduos em idade avançada perpassam por diversas alterações fisiológicas cardiovasculares importantes, principalmente estruturais e funcionais, como resposta do organismo para melhor adaptarem-se as necessidades inerentes ao processo de envelhecimento. Após os 60 anos, alterações das propriedades eletrofisiológicas são evidentes, aumentando a ocorrência de arritmias, disfunções sinusais, bloqueio atrioventriculares e maior incidência de implantação de marcapassos (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARAES, 2014).

A estimulação artificial é padrão de atendimento em condições cardíacas diversas, com eficácia para melhorar a sobrevida e qualidade de vida (HAUGAA *et al.*, 2018). Atualmente, é crescente o número de implantes de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis em todo mundo (CARLO *et al.*, 2019). O registro brasileiro de marcapassos, desfibriladores e ressincronizadores cardíacos (RBM) aponta que entre janeiro de 2010 e novembro de 2017 foram realizados 238.014 procedimentos de implante de marcapasso no Brasil (MARQUES *et al.*, 2017).

No Brasil, expande-se o número de implantes de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI), sendo esses os marcapassos (MP), os cardiodesfibriladores implantáveis (CDI) e os ressincronizadores cardíacos (RC), dentre os quais, os implantes de MP lideram as estatísticas. Em virtude dos benefícios do tratamento, ressalta-se a importância da orientação dos pacientes quanto à necessidade de utilização, funções do aparelho e restrições após o implante, desta forma viabiliza o enfrentamento da situação atual. Entretanto, a prática clínica evidencia o desconhecimento dos pacientes, bem como de profissionais de saúde sobre a segurança e os recursos envolvidos na tecnologia dos DCEI (VIANNA *et al.*, 2014).

O coração possui um sistema especial de condução, ocasionado pela geração de corrente elétrica pelo nodo sinusal, considerado o marcapasso natural do coração. Quando o indivíduo possui o ritmo cardíaco irregular, ou vigência de interrupção da transmissão dos impulsos elétricos, o implante de MP está indicado (LEITE *et al.*, 2019). O marcapasso

cardíaco artificial é dispositivo eletrônico, cuja função implica em proporcionar a atividade elétrica cardíaca mais fisiológica possível, sendo capaz de substituir impulsos elétricos e/ou ritmos ectópicos. Essa estimulação artificial, além de salvar a vida, permite que os pacientes atinjam uma Qualidade de Vida (QV) compatível com a média da população. São indicações clássicas para uso de MP doenças do nó sinusal e o bloqueio atrioventricular (MOTA *et al.*, 2018).

Conquanto o MP resgate a QV dos indivíduos, o uso desses dispositivos tende a suscitar reações e manifestações emocionais. Após o seu implante, os impactos podem ser tanto de origem física quanto psicológica, requerendo a ressignificação da rotina e reorganização de ações e pensamentos. Dentre as mudanças de comportamento mais comuns que emergem esse processo figuram a resistência a implantação do MP, a desconfiança em relação à resolutividade, medo permanente da morte, ideia de um coração fraco que tornará a vida dependente de um aparelho, bem como busca de uma explicação para sua condição adversa de saúde, baixa autoestima e depressão (BERGMANN *et al.*, 2016).

Após implante de MP, estima-se que haja melhora dos sintomas e conseguinte melhora da qualidade de vida. Entretanto, esses pacientes podem enfrentar complicações como mau funcionamento do aparelho, infecção, síndrome do MP e mudanças na rotina diária decorrente do uso do dispositivo (GONÇALO *et al.*, 2020).

O implante de MP insere os indivíduos no contexto do cuidado hospitalar. O processo de adoecimento e hospitalização desperta insegurança, medo e angústia em muitos pacientes. Nessas circunstâncias, a pessoa idosa com limitações inerentes a senilidade passa a necessitar do suporte da equipe de saúde para atender a nova realidade, na qual se constata alterações dos hábitos e rotinas desses idosos e seus familiares e/ou cuidadores.

A assistência à saúde requer continuação de cuidados extra-hospitalares para favorecer o processo de adaptação e recuperação da saúde desses indivíduos no ambiente domiciliar, bem como para reduzir as taxas de rehospitalizações. Nesse sentido, destaca-se o papel da Enfermeira<sup>1</sup> na transição desses cuidados, tendo em vista o seu envolvimento desde a entrada do paciente na unidade hospitalar até a assistência em seu domicílio.

Os conceitos de transição de cuidados ainda estão pouco desenvolvidos na literatura latino-americana (LIMA *et al.*, 2018). A alta hospitalar é uma transição específica, que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Desta forma, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da

---

<sup>1</sup> Este estudo utilizará a denominação Enfermeira, por esta representar a maioria da categoria.

família e, sobretudo, da coordenação entre profissionais diretamente implicados em articulação com os serviços comunitários. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente, favorecendo o desempenho de Atividade de Vida Diária (AVD) e capacitação do cuidador (FLESH; ARAÚJO, 2014).

Os cuidados de transição a pessoa idosa são necessários, pois diminuem novas hospitalizações e otimiza o processo saúde-doença (MENEZES; OLIVEIRA; SANTOS, 2019). A transição do cuidado configura-se em ações que garantem à coordenação e continuidade da assistência a saúde, na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde, ou diferentes unidades de um mesmo local (COLLEMAN; BOULT, 2003).

O cuidado de transição tem sido destacado como uma das formas de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados. A alta hospitalar requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente de idosos e pessoas com doenças crônicas, os quais têm necessidades de saúde persistente e contínua. Contudo, as orientações de alta, por vezes são realizadas de forma mecânica e apressadas, sem considerar as condições e necessidades de cada paciente, frequentemente fornecidas no momento da saída do hospital (WEBER *et al.*, 2017).

Conforme Wadhera *et al.* (2019), os sistemas de saúde a nível mundial têm buscado propiciar atendimento mais qualificado. A redução das visitas hospitalares evitáveis advertiu as políticas como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os gastos com a saúde. Para além, o retorno ao serviço de emergência pode inferir transições inadequadas, ou atendimento pós-alta fragmentado.

A alta hospitalar pode se configurar um momento de fragilidade para a segurança do paciente. Os estudos apontam a recorrência de efeitos adversos após alta, a exemplo de erros de medicação, utilização dos serviços de emergência e reinternações. Assim, a transição do cuidado representa uma importante estratégia para a integralidade do cuidado durante a hospitalização e no período pós-alta hospitalar (ACOSTA *et al.*, 2018).

Estudo aponta que 12,6% de pessoas idosas que tiveram acompanhamento ambulatorial preveniram a hospitalização (NYWEIDE *et al.*, 2013), reforçando a importância dos cuidados na transição.

O implante de MP cardíaco tem importância clínica significativa quanto à sobrevida e melhoria na QV, além da alta incidência nos últimos anos. Todavia, pode implicar em riscos e complicações. A insegurança e dúvida permeiam a nova rotina desses idosos quanto à terapêutica, repouso e retorno de suas atividades habituais. Nesse contexto, as ações de enfermagem podem contribuir para minimizar esse revés.

O cuidado de enfermagem dispõe de mecanismos que viabilizam e garantem a qualidade da assistência ao paciente. O processo de enfermagem (PE) é um método que auxilia a enfermeira na tomada de decisão para prover os cuidados. Além disso, propicia melhora da comunicação entre equipe e paciente. Nesse sentido, a elaboração do plano de alta pela enfermeira deve ser iniciada durante a admissão hospitalar, haja vista que o PE não ocorre de forma linear, mas inter-relacionada.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) configura-se como método organizador do trabalho de enfermagem, operacionalizando o cuidado, tanto no ambiente hospitalar, quanto no domiciliar. Dentre as etapas da SAE, o planejamento se destaca como subsídio para a práxis de cuidados. Nesse contexto, salienta-se o plano de alta como um dispositivo essencial à continuidade do cuidado em domicílio, para promover a QV e prevenir reinternações (NUNES; MENEZES, 2016).

O processo de recuperação exige cuidados específicos e requer uma orientação qualificada por parte da equipe de saúde, para efetivação da transição do cuidado. Diante do exposto, elucido como motivação para o estudo minhas experiências profissionais na assistência hospitalar, ao observar rehospitalizações de idosos com MP por causas evitáveis, bem como minha identificação com a pessoa idosa e paciente com cardiopatias. Desta forma, houve inquietação para investigar quais as estratégias utilizadas por enfermeiras para atuar na transição do cuidado desses pacientes, objetivando prevenir complicações e rehospitalizações.

O estudo justifica-se pela relevância clínica do implante de MP artificial quanto à reabilitação e manutenção da QV dos indivíduos. Por conseguinte, os impactos no âmbito da saúde pública, no que se refere ao índice de reinternações hospitalares ocasionadas por agudização de doenças cardiovasculares prévias e os custos com a saúde.

Na perspectiva acadêmica, observa-se a escassez de pesquisas em enfermagem acerca dessa temática. Ao realizar uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), cruzando os descritores Saúde do idoso AND alta do paciente AND marcapasso artificial foram encontrados 39 artigos. Após utilizar o filtro do ano de publicação, com margem de 10 anos (2009-2019), idiomas português, inglês e espanhol foram selecionados 23 artigos. Ao ler os títulos e resumos foram identificados apenas três artigos relacionados com a temática. Os estudos selecionados abordam o alto índice de implante de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis, as experiências significativas dos indivíduos no que tange os aspectos físicos e psicológicos, ressaltando a funcionalidade do dispositivo como fator de inquietação. Para além, salientam a importância do monitoramento domiciliar no pós-



operatório dos dispositivos, para detecção precoce de problemas relacionados ao mau funcionamento. Assim, essa conjuntura corrobora para a relevância desse estudo.

Os cuidados específicos hospital-domicílio à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo demandam fundamentação científica e habilidade técnica devido a sua complexidade. Entretanto, a rotina vigente dos enfermeiros e o déficit na qualificação profissional inviabilizam tais ações.

Sendo assim, o objeto de estudo é o cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio. A questão norteadora é: Qual o cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital- domicílio? O objetivo geral é apreender como ocorre o cuidado da enfermeira a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio. Os objetivos específicos são: 1. Descrever quais orientações de cuidados as enfermeiras fornecem a pessoa idosa com MP cardíaco definitivo, família e/ou cuidadores durante a internação para transição hospital-domicílio; 2. Caracterizar como as enfermeiras inserem a família nas orientações sobre o cuidado de transição hospital-domicílio; 3. Descrever as facilidades e dificuldades do serviço no planejamento e implementação dos cuidados de transição hospital/domicílio para a pessoa idosa com MP cardíaco, familiares e/ou cuidadores.

Diante do exposto, e levando em consideração a magnitude do implante de marcapasso no contexto da longevidade com QV, esse estudo contribuirá para ampliar pesquisas referentes a essa temática, subsidiar a assistência de enfermagem quanto ao uso de MP no cuidado hospital-domicílio, propiciando promoção e recuperação da saúde do indivíduo, objetivando a redução das taxas de reinternação.

Tendo em vista a dificuldade do acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo possibilitará a qualificação profissional sobre a temática, promovendo a integralidade do cuidado hospital-domicílio, de modo a diminuir as readmissões dos pacientes as unidades hospitalares, contribuindo para a redução dos custos com a saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O crescimento da população idosa brasileira tem trazido desafios para a sociedade em diversos setores. No cenário da saúde, o país encontra-se organizado para atender demandas de população jovem, em contrapartida, depara-se com a necessidade de readequação estrutural e organizacional, a vista do aumento de DCNT que incidem no envelhecimento. Essa realidade é observada em outros países, a exemplo do Canadá, levando as mais diversas preocupações, ante os agravos que o envelhecimento pode ocasionar, devido à ausência de sustentabilidade dos sistemas de saúde (DAMACENO; CHIRELLI, 2019).

A longevidade pode estar associada à alta prevalência de DCNT, com implicações na autonomia da população idosa, aumento da dependência e maior utilização dos serviços de saúde. As DCNT atingem 75,5 % da população idosa no Brasil, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de mortalidade, responsáveis por mais de 250 mil casos de morte por ano, além do seu alto custo econômico e social (GRILLO *et al.*, 2014).

As doenças cardiovasculares constituem o principal grupo de DCNT, representando aproximadamente um terço das mortes globais. Assim, implicam grande impacto na economia, sistemas de saúde e seguridade social. A alta prevalência dessas doenças na pessoa idosa está relacionada às alterações fisiológicas ocorridas no envelhecimento (MEDEIROS *et al.*, 2019).

A senescência cardiovascular implica em diversas particularidades, que vai desde a diminuição da complacência do ventrículo esquerdo, devido acúmulo de colágeno e fibrose, até a alteração no sistema de condução. Há, ainda, redução das células marcapasso e infiltração gordurosa, ocasionando perda de fibras especializadas e depressão intrínseca do automatismo sinusal. Adicionalmente, alterações dinâmicas no âmbito histoquímico e imuno-histoquímico durante o processo de envelhecimento estão associadas a reações autonômicas envolvidas na redução da frequência cardíaca em idosos, com implicações no plano diagnóstico e terapêutico (SANTOS *et al.*, 2013).

Em decorrência do aumento da expectativa de vida da população brasileira é cada vez mais comum o idoso necessitar de algum tipo de intervenção cardiovascular, como cirurgia cardíaca ou procedimentos intervencionistas minimamente invasivos. Na medida em que a ocorrência de doenças crônicas aumenta com o avanço da idade, o risco cardiovascular cresce proporcionalmente. Sendo assim, os indivíduos submetidos a procedimentos cardiovasculares

invasivos se tornam cada vez mais graves, requerendo da equipe de saúde cuidados mais complexos (SILVEIRA *et al.*, 2016).

## 2.2 A PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO CARDÍACO DEFINITIVO

Na atualidade, considera-se relevante o número de indivíduos que são submetidos a implante de Marcapasso Cardíaco Artificial (MCA). O MCA é um dispositivo que libera estímulos elétricos para o músculo cardíaco. Assim, promove a contratilidade cardíaca, mantendo o ritmo regular com periodicidade compatível com a vida, bem como detecta estimulação espontânea e inibe estímulo ectópico. Essa estimulação é compreendida como um mecanismo de tratamento de distúrbios de condução cardíaca, que visa à melhoria do estilo de vida e busca adicionar qualidade à mudança de prognóstico dos indivíduos (OLIVEIRA; SILVA; SANTANA, 2016).

Os DCEI representam uma média anual no Brasil de 35.000 novos implantes e 15.000 procedimentos de reabordagens para manutenção desses dispositivos, ou tratamento de complicações. Estatísticas atuais desvelam aumento da incidência de complicações após procedimentos cirúrgicos em pessoas com DCEI e tem sido desproporcionalmente maior do que o número de implantes iniciais. Esse aumento tem como principal fator o envelhecimento da população, que necessita de implante de MP convencional, haja vista a associação com aumento de comorbidades e, conseqüentemente, as maiores taxas de readmissões hospitalares e mortalidade (SILVA *et al.*, 2016).

Os DCEI são considerados padrão de atendimento em diversas condições cardíacas, com eficácia para melhorar a sobrevida e QV. Embora as indicações, taxas de implantação e complicações sejam bem descritas, pouco se explora a respeito da experiência dos pacientes com MP. O implante de dispositivo tem relevância tanto física quanto psicológica para esses indivíduos. Além do diagnóstico e implantação, a função do dispositivo provoca preocupações e trazem questionamentos importantes sobre como viver e o que fazer com o dispositivo. Também, as crenças e o conhecimento dos pacientes sobre sua doença são determinantes importantes para o enfrentamento e tratamento (HAUGAA *et al.*, 2018).

A complexidade do uso de MCA integra um conjunto de fatores que, quando relacionado à pessoa idosa, os impactos se intensificam. Conhecendo as especificidades desses indivíduos no que tange as suas fragilidades e perdas ao longo da vida é possível identificar os reveses acerca do uso desse dispositivo. A repercussão abrange a auto-imagem, autocuidado, execução das AVD, dentre outros, bem como o medo de uma possível falha do aparelho e iminência de morte. A reabilitação requer orientação e cuidados de saúde

específicos intra e extra hospitalares fornecidos por uma equipe de saúde qualificada. Nesse contexto, em consonância a sua formação acadêmica, a enfermeira se insere como profissional adequado para orientação desses cuidados.

### 2.3 TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transição é conceituada como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, podendo ser entendida como uma ligação entre mudança e experiência. Abrange as continuidades e discontinuidades dos processos vitais dos seres humanos. As transições estão relacionadas ao processo e ao resultado das complexas interações pessoa-ambiente, e pode envolver mais de um indivíduo (CHICK; MELEIS, 1986). Transição de cuidados compreende a transferência de cuidados de paciente de uma equipe para outra, e ocorre ao passo que o paciente se move fisicamente de um local de cuidados para outro (BRIE *et al.*, 2015)

Os cuidados de transição estão fundamentados em um planejamento abrangente, e na disponibilidade de profissionais qualificados em cuidados crônicos, com conhecimento a despeito das necessidades dos indivíduos e estado clínico. Devem incluir, ainda, educação do paciente e família e coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos na transição. Desta forma, propõe garantir que os pacientes e seus cuidadores sejam orientados sobre como gerenciar suas condições de saúde, reconhecer sinais de alerta, como contatar um profissional de saúde familiarizado com seu plano de cuidados, e como encontrar suporte no ambiente pelo qual estão situados (COLLEMAN; BOULT, 2003).

Estudos recentes apontam que pacientes e seus cuidadores geralmente não se sentem preparados para realizar seus próprios cuidados após alta hospitalar, e tentam constantemente compreender os principais aspectos de como gerenciar suas condições e sintomatologia. Esses indivíduos apresentam dificuldade para contatar profissionais de saúde e obter orientações, e sentem-se frustrados com a má preparação para a alta hospitalar, ocorrendo fragmentação (OIKONOMOU *et al.*, 2019).

As pesquisas ressaltam a importância da coordenação da transição do cuidado no contexto dos pacientes com diversas necessidades de saúde e comorbidades múltiplas, os quais constantemente necessitam de suporte tecnológico e dispositivos para a continuidade do cuidado em domicílio, ou em outros contextos de cuidado, requerendo apoio de profissionais treinados e recursos no momento da alta (LIMA *et al.*, 2018).

Durante as transições, os pacientes estão sujeitos a riscos de erros médicos, readmissões, cuidados inadequados, fragilidade no plano de cuidados. Esses riscos estão

potencializados em pacientes idosos com doenças crônicas. Desta forma, os cuidados de transição, quando mal executados, implicam em resultados clínicos insatisfatórios, insatisfação entre os pacientes, e uso inadequado dos serviços de emergência e ambulatoriais (COLLEMAN *et al.*, 2007).

A transição nos diversos contextos aumenta os riscos de resultados adversos à saúde uma vez que a atenção encontra-se inadequada para atender as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes. Entretanto, orientações adequadas no período de internação, durante a transição hospital domicílio e no período pós-alta precoce favorecem a redução dos riscos potenciais de eventos adversos. Nesse contexto, esses cuidados transicionais que possuem foco nas necessidades do paciente, visam dar continuidade ao cuidado na transferência entre diferentes locais (VERWEIJ *et al.*, 2018).

A excelência da transição do cuidado tem relação com a redução das taxas de readmissão hospitalar, economia e bem estar do paciente. As readmissões podem ser evitadas por meio da comunicação eficaz entre os provedores de paciente internados e ambulatoriais, das medicações recuperadas em diversos pontos, bem como através da educação do paciente e família sobre a monitorização e necessidades dos cuidados após a alta ou a transferência (BRIE *et al.*, 2015).

Os enfermeiros são reconhecidos como principais cuidadores de clientes e familiares em processo de transição. Eles atendem as alterações e demandas que as transições podem provocar no cotidiano desses indivíduos. Nesse sentido, preparam os pacientes para as transições iminentes, facilitando o aprendizado de novas habilidades relacionadas às experiências de saúde e doença. A exemplo de transições que tendem a ocasionar vulnerabilidade nos indivíduos, evidenciam-se experiências relacionadas realização de procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação, adicionalmente, as transições de vida útil como gravidez, parto, adolescência, menopausa, envelhecimento e morte. (MELEIS *et al.*, 2000).

Diante dos óbices potencializadores da deficiência na oferta dos cuidados de transição, que implicam em readmissões hospitalares e aumento dos custos de cuidados de saúde, Burke e colaboradores propõem os componentes principais de uma transição ideal, compostos por dez domínios, formando uma “ponte”, na qual está representado a transição dos pacientes de um serviço para outro. Os cuidados seguem uma sequência, e a falta de um dos domínios torna a ponte mais fraca, podendo levar a lacunas no cuidado, gerando resultados insatisfatórios (BURKE *et al.*, 2013).

O modelo representativo dos componentes de uma transição de cuidados ideal proposta por Burke e cols. pode ser visualizado na figura 1:



Figura 1. Representação gráfica da ponte com os principais componentes de uma transição ideal.

Fonte: traduzido e adaptado de Burke et al. (2013, p. 12).

Burk et al (2013) salientam a importância de alguns fatores como o planejamento de alta precoce enquanto o paciente permanece internado na unidade, a comunicação completa de informações referentes as necessidades desses indivíduos, que devem estar incluídas nos resumos de alta e outros meios de transferência de informação, bem como a segurança dos medicamentos, uma vez que esses são responsáveis pela maioria dos eventos adversos pós-alta. Ressalta, ainda, a educação e promoção da autogestão dos pacientes e cuidadores sobre os principais diagnósticos hospitalares, instruções para o autocuidado, incluindo mudanças de medicação e informações referentes a quem contatar, caso necessário.

O estudo de Naylor (2010) corrobora na perspectiva dos cuidados de transição ser reconhecido como um componente integral da coordenação dos cuidados. Nesse sentido, enfatiza como características fundamentais de transição uma avaliação abrangente das metas de saúde dos indivíduos e suas preferências, capacidades e necessidades físicas, emocionais, cognitivas e funcionais, atendendo aos aspectos sociais e ambientais; implementação de um plano de cuidados transicional baseado em evidências; instituir esses cuidados na admissão hospitalar, estendendo para o domicílio; reunir mecanismos de transferência de informações através de sites de cuidados.

A fragmentação dos cuidados pode acarretar resultados conflitantes no que se refere à autogestão da doença, erro de medicação, acompanhamento e preparação inadequada de paciente e cuidador. Desse modo, pode ocasionar mais utilização dos serviços de emergência e hospitalar. Como forma de promover melhores resultados nas transições e avaliar a eficácia

das intervenções, Coleman e cols. desenvolveram O Care Transition Measure (CTM), um instrumento direcionado a perspectiva do paciente (COLLEMAN *et al.*, 2002).

#### 2.4 A ENFERMEIRA NOS CUIDADOS A PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO ARTIFICIAL NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

A alta hospitalar constitui um momento pelo qual o cuidado ao paciente é transferido e deve receber cuidados contínuos. Nesse sentido, é indispensável o planejamento adequado da assistência de enfermagem na iminência de alta hospitalar, fazendo-se necessário a elaboração de um plano de cuidados que apresente ações do enfermeiro e orientações acerca das prioridades, bem como permitir aos cuidadores e familiares a continuidade no domicílio. A organização mundial de saúde (OMS) preconiza que o planejamento de alta seja realizado imediatamente após a internação, para permitir uma transferência segura para o domicílio, minimizando possíveis complicações (SOUZA; QUELUCI, 2014).

Enfermeiras têm o papel principal na promoção de transições de cuidado seguras. Revisão realizada evidenciou que as ações efetuadas por enfermeiras incluem: implementação de estratégias de promoção de educação em saúde, objetivando aumentar a adesão aos tratamentos; criação de planos personalizados, baseados nas necessidades dos pacientes; monitoramento pós-alta, através de telefonemas e visitas domiciliares; e treinamento de equipes de atenção primária quanto a como lidar com cateter venoso central (LIMA *et al.*, 2018).

Outro estudo revelou a necessidade da qualificação profissional para o planejamento e direcionamento dos cuidados de transição, a comunicação efetiva entre profissional/pessoa idosa/cuidador, bem como ser indispensável inserir o cuidador/familiar neste contexto, de maneira formal e participativa (MENEZES; OLIVEIRA; SANTOS, 2019).

Ao paciente submetido a implante de MP, é importante fornecer orientações sobre como superar as limitações causadas pela doença e pelo dispositivo implantado. O autocuidado é definido como ações realizadas pelo paciente em benefício próprio na manutenção da vida saudável, independência e bem estar. As orientações devem integrar a cirurgia e acompanhá-lo em todo processo de adaptação. O implante de MP não impede à reintegração do indivíduo as atividades habituais. Quando devidamente esclarecidos, é possível impedir que o paciente e família limitem as Atividades de Vida Diária (AVD) e julguem equivocadamente o funcionamento do dispositivo (FERNANDES; GALLARDO ; ZAMELLA, 2015).

As orientações de alta promovem o seguimento da terapêutica desde a internação até o domicílio, competindo à enfermeira a educação com ênfase nos cuidados domiciliares, redução do tempo de internação e controle de infecção hospitalar. Para a pessoa idosa com dependência para o autocuidado, as orientações se estendem aos cuidadores, devido à dificuldade na compreensão e execução das instruções (PEREIRA *et al.*, 2016).

A enfermeira dispõe como ferramenta de trabalho a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que visa organizar e promover a integralidade do cuidado. Dentre as etapas da SAE, o planejamento contempla a elaboração de intervenções fundamentadas nas necessidades específicas de cada indivíduo. Nesse sentido, o plano de alta deve assegurar a continuidade desses cuidados evitando a fragmentação, configurando assim a transição hospital-domicílio.

O PE é considerado um instrumento utilizado para orientar as ações de cuidados, subsidiando o enfermeiro na percepção dos problemas de saúde dos indivíduos, planejando e implementando suas ações e avaliando os resultados (BENEDET *et al.*, 2016). Conforme resolução a 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o PE é parte integrante da SAE, que é um método dinâmico, flexível, organizado e utilizado na prática clínica da enfermagem, para orientar o trabalho do enfermeiro na investigação dos dados do paciente, identificando as necessidades de cuidados, propondo intervenções e avaliando os resultados dos cuidados realizados (BRASIL, 2009).

A continuidade do cuidado após a alta hospitalar é assegurada por meio de um adequado processo de transição. Esse envolve paciente, familiares, cuidadores e os profissionais responsáveis pela assistência, e exige dos profissionais comunicação adequada, conhecimento, experiência, competência e habilidades. Assim, quando adequada, resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes. A dificuldade na coordenação desses cuidados é evidenciada pela sobrecarga de trabalho, limitações no envolvimento de uma equipe multidisciplinar e falta de uma estratégia sistemática para a educação permanente dos pacientes, cuidadores e familiares (COSTA *et al.*, 2019).

A sucessão do cuidado é indispensável para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, e tem relação com o grau de satisfação dos pacientes, redução dos custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis. Entretanto, na América latina a transição dos cuidados tem sido um desafio para os sistemas de saúde diante das fragilidades desses sistemas, como deficiência na coordenação entre os níveis de atenção, debilidade quanto à articulação entre o hospital e a atenção primária de saúde, incipiente e ineficaz planejamento de alta hospitalar (AUED *et al.*, 2019).



A literatura tem evidenciado a atuação do enfermeiro como um dos profissionais mais envolvidos no cuidado transicional do hospital-domicílio, no incremento de atividades no planejamento de cuidados para alta, suporte para reabilitação, educação em saúde, articulação com os demais serviços de saúde, além do acompanhamento pós-alta. Nesse sentido, essas ações possibilitam um momento de aprendizado entre paciente, família e profissional de saúde, fornecendo conhecimento acerca do autocuidado e autogerenciamento em saúde (ACOSTA *et al.*, 2018).

O cuidado transicional prestado pela enfermeira à pessoa idosa submetida a implante de MP exige orientações referentes a técnicas e procedimentos específicos do pós-operatório, a exemplo da realização curativo do sítio cirúrgico, tempo de repouso e limitações das atividades habituais, esclarecimento quanto ao uso de medicamentos alterados pós cirurgia. A enfermeira deve fornecer informações acerca do funcionamento do aparelho, sendo necessário conhecer as tecnologias que envolvem esse dispositivo.

Ancorados em estudos atuais supracitados, sabe-se que é insuficiente o conhecimento dos profissionais e dos pacientes a despeito dessas tecnologias e os cuidados referentes ao uso de MP. Para uma assistência qualificada, a enfermeira deve conhecer as especificidades da pessoa idosa, suas fragilidades e limitações, assegurando que as orientações foram apreendidas.

Destarte, ressalta-se a importância da participação da enfermeira quanto à elaboração do plano de cuidados a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo, iniciados na admissão hospitalar, estendendo-se para o domicílio, com vistas a atender as demandas e elucidar os cuidados inerentes a esses indivíduos, viabilizando uma assistência integralizada baseada em evidências, pautada no processo de enfermagem, compondo ainda, a orientação do paciente, familiar e/ou cuidador. Desta forma, busca-se mitigar os riscos e complicações com possíveis reinternações e reabordagens cirúrgicas, a fim de reduzir custos com a saúde e índice de mortalidade.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa descritiva, qualitativa. De acordo com Minayo (2014), a pesquisa qualitativa ressalta a compreensão dos processos, não se detendo apenas aos resultados, sobretudo inclui a singularidade num contexto histórico e social mais ampliado. Entende que os indivíduos e grupos precisam ser sempre entendidos em seu meio, em sua história e circunstâncias. Em virtude disso, realizar pesquisas qualitativas é fazer um exercício empático, hermenêutico, consciente e autoreflexivo.

Atualmente, a pesquisa qualitativa tem sido amplamente utilizada na área de saúde. Essa se caracteriza pela sua eficácia em estudos de nuances sutis da vida humana e na análise dos processos sociais ao longo do tempo. A principal vantagem metodológica consiste na possibilidade de explorar pressupostos que interferem na concepção do mundo social. Nesse contexto, se insere em áreas, temas ou problemas pouco conhecidos, ou sem respostas apropriadas. Devido à possibilidade simultânea de coleta, análise e reformulação de perguntas, se adéqua para novos tópicos e temas (KERR; KENDALL, 2013).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Salvador-BA, em um hospital filantrópico, primeiro hospital do estado da Bahia, reconhecido pelo ministério da saúde como um centro de alta complexidade, que tem um contexto histórico importante, fundado em 1549 como hospital de caridade. Atende a 39 especialidades, destacando-se principalmente nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Neurologia, Pediatria e Otorrinolaringologia. Promove atividades de ensino e pesquisa na Bahia e no Brasil, por meio das quais forma e aprimora profissionais da área de saúde. O hospital dispõe de 549 leitos, sendo 85 de unidades de terapia intensiva, 04 unidades de pronto atendimento, 13 salas de cirurgia e 03 salas de hemodinâmica, com mais de 3.500 colaboradores. Anualmente são realizados nesse hospital 145 mil consultas/procedimentos, e mais de 12 mil cirurgias anuais. (HOSPITALSANTAIZABEL.ORG, 2020)

Para a realização da pesquisa foram utilizadas as cinco unidades de internação que acolhem pacientes cirúrgicos e cardiológicos: as unidades A e B, tendo cada uma 06 enfermeiros, C, com 08 enfermeiros, e as unidades D e E com 08 e 05 enfermeiros respectivamente.

### 3.3 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa consistiram em 14 enfermeiras que prestam assistência nas unidades de internação especializadas em cardiologia e cirurgia, por meio das quais são acolhidos pacientes no processo de implante de marcapasso cardíaco definitivo.

A escolha dessas enfermeiras fundamentou-se após análise das rotinas e demandas institucionais, tendo observado que são essas profissionais que admitem os pacientes para o procedimento cirúrgico e fornecem as orientações para alta hospitalar.

Os critérios de inclusão foram enfermeiras com mais de seis meses de experiência e com escala fixa no setor. Foram considerados critérios de exclusão enfermeiras que se encontravam de férias e licença maternidade no período da entrevista. Vale ressaltar que a participação foi consubstanciada após aceitarem livremente integrar a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS

A coleta de depoimentos ocorreu no período entre agosto e novembro de 2020. A técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, que tem como proposta alcançar maior profundidade nos dados coletados, bem como nos resultados obtidos, em conformidade com a análise dos dados obtidos na realização de entrevista. Assim, busca por meio do confronto dessas respostas, uma melhor compreensão do denominado estudo científico (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

A entrevista foi conduzida por questões fechadas, abarcando dados demográficos e sociais, 03 questões abertas de aproximação 05 questões de investigação (APÊNDICE B), realizada no turno da manhã e tarde, conforme a disponibilidade das enfermeiras, sem agendamento prévio, com tempo mínimo de cinco minutos e seis segundos e máximo de 15 minutos e 16 segundos. As entrevistas ocorreram em salas privativas dentro de cada enfermaria, a fim de garantir o sigilo e privacidade das participantes. Foi utilizado um gravador digital para assegurar a veracidade das informações, e as entrevistas tiveram uma média de 10 minutos de duração.

### 3.5 ANÁLISE DE DEPOIMENTOS

Após fechamento das entrevistas foram realizadas as transcrições na íntegra, dando início a etapa de organização dos dados ancorada no referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa metodologia caracteriza-se por resgatar e apresentar as representações sociais obtidas de pesquisa empírica. Nesse contexto, as opiniões ou

expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, de modo a formar com conteúdos depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo (LEFREVE; LEFREVE, 2014).

Os conteúdos, ao estarem redigidos na primeira pessoa do singular, transmitem ao leitor um efeito de “coletividade falando”, bem como trazem a possibilidade de a um acréscimo de densidade semântica nas representações sociais, permitindo que a idéia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo consistente, desenvolvido, enriquecido e desdobrado (LEFEVRE; MARQUES; LEFEVRE, 2009).

A construção do DSC consiste na utilização de instrumentos como: expressões chaves (ECH), definido como segmento contínuo ou fragmentado, que tem por finalidade expor o conteúdo de uma resposta a uma questão de pesquisa, evidenciando a essência do depoimento que remete a ideia central. Ideias centrais (IC) sintetizam o sentido apresentado nas ECH (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2011).

A técnica consiste na realização da análise do conteúdo verbal coletado em pesquisas que possui depoimentos como sua matéria-prima. Nesse sentido, destacam-se as ideias centrais e as expressões chave que viabilizam a formação de discursos síntese, configurando o DSC. As ECH representam trechos do discurso, devendo ser destacadas pelo pesquisador, uma vez que revelam a essência do conteúdo do discurso. A IC é uma expressão que revela, descreve e nomeia, de maneira concisa, o sentido encontrado em cada uma das respostas analisadas e de cada ECH, que vai dar origem ao DSC (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Em conformidade com o seguimento metodológico do DSC, após a etapa da transcrição das entrevistas, por meio das falas das participantes, foi possível identificar os trechos que apresentavam similaridade nos depoimentos, representando as ECH. Destas, foram destacadas as ideias centrais. Ao analisar o material verbal, e constatar a semelhança da conformação metodológica, houve a elaboração do Discurso do Sujeito coletivo, representado pelo discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular.

### 3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS

A pesquisa está vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) e obedeceu aos preceitos éticos e legais no que se refere à Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, a 510/16 (BRASIL, 2016) e a Resolução 580/18 (BRASIL, 2018), a qual estabelece

normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do local de coleta dos depoimentos, que só iniciou-após a aprovação do CEP e liberação do campo, mediante ofício de solicitação. Todas as participantes desta pesquisa foram informadas sobre os objetivos e esclarecidas acerca da sua participação, ocorrida mediante a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE A), por via do qual foram informadas sobre a liberdade para optar ou não em aderir à pesquisa. Ao concordar, foram informados sobre a possibilidade de desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo na utilização dos serviços de saúde, e assim, convidados a assinar o TCLE. Este foi assinado em duas vias, sendo que uma via ficou com a participante e outra com a pesquisadora.

A pesquisa garantiu o anonimato das participantes utilizando codinomes de deusas gregas, como forma de homenagear as enfermeiras pela força feminina, por serem consideradas mulheres poderosas, corajosas, com múltiplas motivações e habilidades, vinculadas ao amor, sabedoria e divindade.

Para mitigar os riscos de constrangimento ou desconforto durante a entrevista, a pesquisadora estava atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto das participantes. Em caso de desconforto a entrevista seria interrompida imediatamente e a pesquisadora daria todo apoio necessário. Apesar da coleta de dados ter sido realizada durante a pandemia, não foi observado desconforto por parte das participantes.

Todo conteúdo gravado durante as entrevistas foi armazenado no computador do NESPI, localizado no 2º pavimento da EEUFBA, o qual estará disponível durante o período de cinco anos, quando então será descartado.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

O Discurso coletivo de enfermeiras que atuam no cuidado à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio foi organizado a partir da entrevista com 14 participantes. Todas eram do sexo feminino, e possuíam média de idade de 37 anos, variando entre 25 a 54 anos. No tocante ao estado civil, a maioria era solteira (n=11), com nível de escolaridade pós-graduação (n=13), tempo de formação entre 10 anos e mais (n=9), tempo de experiência na unidade com perfil cardiológico e cirúrgico acima de 05 anos.

**Quadro 1:** Caracterização das participantes. Salvador, 2020

C	ID	S	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA NO SETOR
Ártemis	38	F	Solteira	Pós-graduação	10-15	10-15 anos
Atena	42	F	Solteira	Pós-graduação	10-15	10-15
Deméter	54	F	Solteira	Pós-graduação	>20	>20
Hera	43	F	Casada	Pós-graduação	10-15	5-10
Héstia	33	F	Solteira	Pós-graduação	10-15	5-10
Gaia	39	F	Solteira	Pós-graduação	10-15	10-15
Nix	43	F	Solteira	Pós-graduação	5-10	5-10
Hemera	28	F	Solteira	Pós-graduação	1-5	1-5
Tálassa	36	F	Casada	Pós-graduação	10-15	1-5
Febe	26	F	Solteira	Pós-graduação	1-5	1-5
Tétis	34	F	Casada	Pós-graduação	5-10	1-5
Mnemósine	43	F	Solteira	Superior	15-20	15-20
Téia	35	F	Solteira	Pós-graduação	15-20	15-20
Réia	29	F	Solteira	Pós-graduação	1-5	1-5

**Fonte:** Elaboração da autora

\*C: Codinome; ID: Idade; S: Sexo

Os discursos coletivos das enfermeiras no cuidado a pessoa idosa com marcapasso cardíaco no processo de transição hospital-domicílio ressaltam a prioridade do cuidado na perspectiva dessas profissionais, e evidenciam as fragilidades do planejamento do cuidado. Salientam-se fatores intervenientes que influenciam na dinâmica da transição do cuidado, potencializado pelo insipiente conhecimento das participantes sobre a abordagem. No entanto,

ressalta-se a importância de um cuidado qualificado, para atender as necessidades da pessoa idosa nesse contexto, haja vista a especificidade e importância do procedimento para manutenção e QV

**Quadro 2:** ICS dos discursos de Enfermeiras sobre cuidado à pessoa idosa com marcapasso artificial definitivo na transição hospital-domicílio. Salvador, 2020.

<b>NÚMERO DE ORDEM</b>	<b>IDEIA CENTRAL</b>
<b>1</b>	<b>1 Cuidado de Continuidade</b>
<b>2</b>	<b>2 Cuidado de Continuidade a Pessoa Idosa com MP</b>
<b>3</b>	<b>3 Início do planejamento de alta</b>
<b>4</b>	<b>4 Orientações de cuidado</b> 4.1 Carteira de identificação de MP 4.2 Ferida Operatória 4.3 Cuidado com membro adjacente
<b>5</b>	<b>5 Inserção do familiar e cuidador</b>
<b>6</b>	<b>6 Orientação de cuidado mais relevante</b>
<b>7</b>	<b>7 Fatores intervenientes</b> 7.1 Facilidades 7.2 Dificuldades

**Fonte:** Elaboração da autora

#### **e4.2.1 IC- Cuidado de Continuidade**

Os discursos das enfermeiras no tocante do cuidado de transição desvelam que a maioria realiza esses cuidados de forma diminuta, não obstante apresente conhecimento técnico insuficiente acerca da temática. Nesse sentido, observa-se que as respostas inferem mais caráter dedutivo do que científico.

*Eu entendo como o momento em que o paciente sai do hospital para ir para casa. Aquela transição na qual ele vai deixar de ter os cuidados da equipe para realizar os cuidados sozinho, ou com a ajuda de algum familiar. É o cuidado que já teve início, o qual a gente vai dar continuidade e orientar para o domicílio ou asilo. Quando uma determinada pessoa está em uma situação e vai passar para outra que necessita de alguma orientação. São cuidados que eu ensino ao paciente e a família para ele ter autonomia, para dar continuidade em casa.*

*Eu acho que cuidados de transição são cuidados que envolvem tanto o pré, trans e pós-procedimento. Cuidados prestados a partir do momento que o paciente sai da unidade hospitalar e vai para casa. Transição para mim é isso, entre uma coisa e outra. [...] Aquele cuidado que a eu começo no hospital e preparo o paciente e o familiar para o cuidado posterior, que é o cuidado domiciliar. Entendo que sejam cuidados de continuidade. (Artemis; Atena; Deméter; Héstia; Gaia; Nix; Febe; Reia)*

#### **4. 2. 2. IC: Cuidado de continuidade ao idoso com MP**

Diante dos discursos, nota-se que as enfermeiras, ao tratar do cuidado de transição ao idoso com MP, ressaltam as características de fragilidade e dependência desses indivíduos, ainda que esses possuam autonomia e independência preservadas, identificando a necessidade de inserir o familiar e/ou cuidador no processo do cuidar.

*Acredito que agora ele precise de alguém para auxiliá-lo nos cuidados. Por ser idoso, já é um paciente que não sabe se autocuidar [...] É necessário que alguém o ajude a enfrentar essa nova questão, que é o implante de marcapasso. São pacientes que geralmente não tem autonomia, depende de outro familiar para estar cuidando. E muitas vezes não tem conhecimento, nem condições de se cuidar. Então, eu oriento mais a família do que o próprio paciente. Eu vejo como algo que merece muita atenção, e um idoso portando um marcapasso, o cuidado realmente tem que ser bem intensificado e precisa estar devidamente esclarecido. Desde quando ele chega, eu tenho que estar envolvendo a família nesse processo de cuidado, porque a família que vai estar com esse paciente em casa. É uma coisa mais delicada, que preciso ter um olhar mais criterioso [...] porque as coisas vão mudar com a questão do implante, tanto no período de adaptação, quanto no período que antecede o implante. Eu oriento o acompanhante também, pela necessidade de sempre ter um acompanhante e pelo nível mesmo de compreensão das orientações. A pessoa idosa já é dependente de informação, de cuidado. (Artémis; Deméter; Héstia, Gaia; Tálassa, Febe, Tétis, Mnemosine)*

#### **4. 2. 3. IC- Início do Planejamento de Alta**

Os discursos evidenciam que a maioria das enfermeiras inicia o planejamento de alta hospitalar no momento da admissão. E utilizam como instrumento um plano de alta multidisciplinar. Entretanto, relatam que o tempo de permanência dos pacientes nessas unidades é de curto período, em média de 24h, entre a unidade de internação e centro cirúrgico, remetendo a rapidez das orientações.



*As orientações de alta são iniciadas desde a admissão. Eu termino dando as orientações de cuidados de forma muito rápida, porque o tempo de internamento é muito curto. O paciente entra em um dia, implanta o marcapasso, e sai no outro. Começo preparando ele desde a admissão. A colocação do MP é um procedimento rápido, então tem que ser iniciado desde a hora que ele chega. Quando eu vou coletar os dados dele, já vou passando alguma informação [...] Quando ele chega, eu já oriento e planejo a alta dele. Ao ser admitido, eu aplico o protocolo multiprofissional de alta. Então, a programação se inicia desde quando ele entra no hospital, quando ele é admitido. O planejamento é feito a partir do momento em que ele interna. Eu já inicio uma orientação sobre o que vai acontecer com ele. Normalmente, quando vai implantar o marcapasso não demora, é questão de 02 dias. (Artémis; Atena; Deméter; Héstia; Hemera; Tálassa; Tétis; Réia)*

Os discursos evidenciam, ainda, que uma parte significativa das enfermeiras relata que as orientações de alta são realizadas pós-procedimento, ou na iminência da alta hospitalar.

*Quando o paciente retorna da cirurgia, eu faço o planejamento de alta, orientando em relação aos cuidados que ele vai ter com o MP. Esse relatório é feito no dia da alta hospitalar. A estadia dele aqui não demora muito. É um período de, no máximo, um dia. Implanta o MP e sai no dia seguinte. Então, na prática, eu costumo fazer essa orientação no momento em que ele está saindo. Eu oriento o paciente quando ele chega do centro cirúrgico e inicio o planejamento de alta. Quando ele retorna, todos os cuidados que eu faço, deixo tanto a família quanto ele cientes dos cuidados. No pós-operatório imediato, eu já começo atuar como alta mesmo. Ele geralmente recebe alta no outro dia. Eu oriento quando ele recebe a alta, a partir do momento em que o médico informa que vai dar alta ao paciente, nesse momento eu já faço o plano de alta. (Hera; Gaia; Nix; Febe; Mnemosine; Teia)*

#### **4. 2. 4 IC Orientações de cuidado**

Na perspectiva das orientações de cuidado na internação para a transição hospital-domicílio, os discursos relatam que as orientações das enfermeiras consistem, predominantemente, em informações a respeito da carteira de identificação do marcapasso, bem como no cuidado com ferida operatória e manipulação do membro adjacente ao sítio cirúrgico.

Encontram-se de forma muito remota orientações referentes a cuidados com uso de medicações pós procedimento, risco de queda e observação de sinais de alerta de possíveis

complicações. A compreensão das enfermeiras evidenciou prioridade do cuidado com a ferida operatória, uso da carteira de identificação de marcapasso e manipulação do membro adjacente.

#### **4. 2. 4. 1 Carteira de identificação do Marcapasso**

*As orientações começam com a documentação, ele tem que manter o uso carteirinha. [...] Eu sempre oriento manter a carteirinha como um documento, porque na carteirinha vão constar os dados referentes ao dispositivo que foi implantado. Geralmente quando o paciente chega, a primeira coisa que eu faço é retirar o manual da carteirinha e entregar ao paciente, ao familiar, pedir para que ele leia as instruções. Oriento sempre quando ele vai para ambientes que tenham aquelas portas giratórias, ele tem que levar a identificação do cartão de marcapasso. Eu entrego a carteirinha do marcapasso e o cartão que contem todas as informações relacionadas ao dispositivo, e esclareço que precisa ter cuidado com aqueles documentos. Peço para o familiar ler o que tem no manual, porque o idoso não vai conseguir. Peço para destacar as informações que ele tem curiosidade, se pode usar celular, elevador, porta giratória. Andar sempre com a carteirinha de identificação do marcapasso, porque o paciente quando implanta marcapasso, precisa estar com a carteirinha e tem lugares que pode impedir a sua entrada. (Artemis; Atena; Hera; Héstia; Gaia; Hemera; Tetis; Mnemosine; Teia; Reia)*

#### **4. 2. 4. 2 Ferida Operatória**

*Eu oriento realizar os cuidados em casa, geralmente oriento tirar o curativo após 02 dias, lavar com água e sabão e secar com um pano limpo. Como é uma cirurgia simples, eu peço que ele mantenha o curativo até uns dois dias após a cirurgia, e depois pode deixar descoberto, se não tiver nenhum sinal de secreção. Pode tomar banho normal, com água e sabão e enxugar direitinho. É uma lesão que geralmente é seca, não tem muitas complicações. Eu oriento que, se estiver sangrando, ainda lavar com água e sabão e manter coberta até parar de sangrar. E depois eu oriento deixar descoberta e lavar com água e sabão normal. É uma incisão cirúrgica, então, eu mantenho esse curativo coberto, mas deixo a orientação de no dia posterior, fazer a retirada desse curativo. E normalmente forneço a clorexidina, para ele aplicar no local depois. Observar sinais de infecção, se está drenando secreção, se tem hiperemia, se vai perceber algum edema, equimose além do comum. O cuidado com a ferida é lavagem com água e sabão, clorexidina e observar sinais de infecção no local. A princípio, oriento fazer o curativo uma vez ao dia, observar se hematoma no local*

*da ferida operatória, manter curativo sempre seco, coberto nas primeiras 24h. (Artemis; Atena; Deméter; Hera; Héstia; Gaia; Nix, Hemera; Tálassa; Febe; Tétis)*

#### **4. 2. 4. 3 Cuidado com Membro Adjacente**

*Geralmente, o que eles ficam mais preocupados é em relação ao braço, se pode manipular, movimentar, levantar, se pode atender telefone, abrir geladeira, assistir televisão, então são essas dúvidas que a gente procura tirar deles. Oriento evitar pegar peso por trinta dias desse lado do braço, mas pode movimentar o membro. Às vezes, eles ficam em uma posição tão estática para não mexer, que acabam sentindo muita dor. A princípio, oriento não fazer esforço físico. Oriento os cuidados básicos logo após a cirurgia, a questão do peso no local, avaliar o membro e edema. Inicialmente, quando ele retorna do centro cirúrgico, oriento que não faça esforço com membro correspondente ao local operado e na região da loja do marcapasso para evitar hematoma ou algo do tipo. Forneço a orientação de utilizar uma compressa gelada, prescrita pelo médico. Peço que ele evite ficar na posição do lado que fez o implante. (Deméter; Nix; Hemera; Febe; Tétis; Mnemosine;Teia)*

#### **4. 2. 5. Inserção do familiar/cuidador nas orientações**

No que concerne a inserção do familiar e/ou cuidador nas orientações de cuidado, o discurso alude que as enfermeiras envolvem os cuidadores no processo do cuidado em conjunto com o paciente, e toda a informação transmitida é direcionada a ambos, salientando a essencialidade da participação do cuidador, uma vez que o paciente é uma pessoa idosa e, na compreensão das enfermeiras, esse possui algum grau de dependência.

*Quando tenho paciente idoso que implanta marcapasso, forneço essas orientações para a pessoa que está acompanhando. Geralmente, quando o paciente recebe alta, ele sai com o familiar, então, eu passo em conjunto paciente e família. Eu insiro orientando ou mostrando como fazer. Eu faço para ele ver como se faz, e oriento quanto às dúvidas que possam surgir. Por se tratar de idoso, tenho esse cuidado de estar orientando ele, mas reforçando sempre com a pessoa que vai sair com ele. Essa pessoa responsável pela saída do idoso também é orientada em relação a todos os cuidados que são repassados para ele. Quando ele retorna do centro cirúrgico, eu já oriento a família. Eu redobro a atenção junto ao familiar sobre os cuidados. Tudo que eu informo ao paciente, informo ao familiar também. Eu oriento a família junto com o paciente na admissão, quando aplico o plano multiprofissional. Então, com isso já envolvo a família no processo de cuidado. Eu chamo o familiar e vou instruindo o que ele*

*vai fazer. Eu dou orientações referentes aos cuidados que tivemos aqui no hospital e oriento as mudanças a partir do implante. O idoso para mim sempre é parcialmente dependente, então, eu nunca dou orientação só para o idoso. Toda orientação citada eu dou para o familiar na presença do idoso. Eu já insiro desde o início do internamento, já oriento e explico a situação. Entrou no hospital, eu converso com todos, familiar e paciente. (**Artemis; Atena; Demeter; Hera; Héstia; Gaia; Nix; Hemera; Tálassa; Febe; Tétis; Mnemosine; Reia**)*

#### **4. 2. 6 Orientação de cuidado relevante**

Nos discursos das Enfermeiras sobre qual orientação de cuidado consideram mais importantes observa-se que a carteira de identificação do Marcapasso surge como principal orientação de cuidado, sendo mencionado algumas vezes o cuidado com a ferida operatória.

*Considero a portabilidade da carteirinha. Eu fico muito preocupada porque é onde tem as informações sobre o Marcapasso. O que eu enfatizo bastante é que o paciente não pode deixar de estar portando a carteirinha de MP, que ele vai ter algumas restrições e, por isso, reforço que leia o manual para seguir aquilo que está descrito no manual. Considero os cuidados com a ferida operatória e os cuidados em relação à carteirinha do marcapasso. No momento, eu não consigo perceber alguma orientação importante, diferente da que a gente costuma fazer da enfermagem, em relação ao local de inserção do marcapasso e a carteirinha que eu entrego, e não dou nada de orientação a mais. Andar sempre com a carteirinha e sua identificação. Importante ter esse cuidado de manter essa carteira em companhia dos outros exames. (**Artemis; Hera; Héstia; Gaia; Hemera; febe; Teia**)*

Para além dos cuidados com a carteira do marcapasso e a ferida operatória, identificam-se orientações a despeito de possíveis complicações pós-implante do marcapasso.

*Informo sobre sinais e sintomas que ele possa vir sentir e o que eles devem fazer, caso aconteça. Se tiver algum sinal e sintoma fora do esperado, deve procurar o hospital. Oriento que, se sentir alguma coisa, fraqueza, tontura, ficar quietinho, não andar e chamar seu familiar [...]. O familiar já sabe que, se ele sentir alguma coisa, deve voltar para a emergência, porque está no pós-operatório, deve informar ao médico assistente que está tendo algum probleminha. Eu oriento a ele falar a família se sentir desconforto, para ser*

*encaminhado para o pronto atendimento, porque tem idoso que oculta. (Tétis; Mnemosine; Reia)*

#### **4. 2. 7. Fatores intervenientes do cuidado de transição**

Observa-se nos discursos que tratam sobre as facilidades e dificuldades para planejar e implementar os cuidados de transição, que as enfermeiras reportam, de forma consonante, que o relatório de alta é instrumento facilitador para realizar esses cuidados. Quanto às dificuldades, a maioria informa não encontrar, sendo evidenciados alguns relatos sobre a divergência na conduta, ou insuficiência de comunicação dos profissionais médicos para com a equipe e os pacientes, caracterizando entrave no processo.

##### **4. 2. 7.1 Facilidades**

*O relatório de alta tem tópicos para os cuidados pós-implantados. Tem cuidados específicos, e isso acaba facilitando, e ajuda a não esquecer. No relatório de alta constam as orientações de cuidado. O processo de alta, acredito que seja mais fácil, porque a gente tem um impresso apropriado e, eu consigo registrar. Porque falando, ele acaba esquecendo, e escrevendo fica registrado, assim, ele consegue ter acesso novamente, se por acaso esquecer. O relatório de alta da enfermagem veio realmente para poder ajudar muito e facilitar. [...] é um relatório todo auto-explicativo e bem discriminado. Eu consigo fazer o preenchimento de dados no sistema e fornecer para o acompanhante. O plano de alta multiprofissional hoje nos facilita ter um olhar mais amplo. Eu acabo fazendo um check list o tempo todo. Esses protocolos fazem com que eu fique mais vigilante. Existe um relatório de enfermagem que, ao paciente sair eu específico, deixo registrado qual o cuidado que esse paciente deve tomar. Então, acredito que isso seja uma facilidade, porque ouvir e ler é mais fácil do que só ouvir. O plano de alta de enfermagem é uma facilidade para mim. Tem uma planilha com todas as orientações. (Artémis; Deméter; Hestia; Gaia; Nix, Hemera; Talassa; Febe; Tétis; Teia)*

##### **4. 2. 7. 2 Dificuldade**

*Talvez a única dificuldade seja as equipes que implantam MP são diferentes, e cada um tem uma conduta. [...] Tem equipe médica que gosta de entregar a carteirinha na hora que o paciente volta para a revisão. O que dificulta para mim, às vezes, são equipes que operam, cada um tem orientações de cuidados diferentes. Uma não entrega carteira, só entrega no retorno para consulta, outro orienta manipular a ferida operatória apenas no retorno, outra equipe solicita que realize o curativo antes do retorno. Durante o internamento são vários*

*profissionais, cada um orienta de uma forma e essas informações podem ser desconstruídas em algum momento. Então, acho que seria essa parte que dificulta. Depois que ele volta do centro cirúrgico, nem todo médico volta para orientar. Eu explico, mas tem coisas que compete ao médico orientar. Acho que isso é o que dificulta. (Artemis; Atena; Héstia; Tálassa)*

## 5 DISCUSSÃO

O estudo destaca a profissional feminina, reafirmando o que as pesquisas salientam acerca das questões de gênero no âmbito da enfermagem. A equipe de enfermagem possui predominância feminina, composta por 84,6% de mulheres (BRASIL, 2015). A presença de mulheres nas práticas de enfermagem é marcada desde tempos remotos, no desempenho da arte do cuidar de formas diversas, concebidos através de saberes transferidos de geração para geração (SOUZA *et al.*, 2014).

A ordem religiosa impôs a enfermagem, por um extenso período, o exercício majoritário ou exclusivo da profissão aos cuidados da mulher. E o saber feminino, em relação ao cuidado era associado ao papel de mãe ou de “enfermeira-nata”, que desde o princípio exercia o curandeirismo, com conhecimentos acumulados e transferidos por gerações, de mulher para mulher (CUNHA; SOUSA, 2017). Nas unidades onde foram realizadas as entrevistas deste estudo eram compostas por enfermeiras na totalidade.

O discurso das Enfermeiras sobre cuidado a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio desvela os aspectos relevantes dos cuidados transicionais nessa perspectiva, e evidenciam algumas lacunas desses cuidados, corroborados na literatura como fragilidades nesse processo. Um dos fatores dificultadores para a adequação desses cuidados é a insipiência de estudos acerca da transição do cuidado e, por conseguinte, a insuficiência do conhecimento das enfermeiras sobre a temática observada nos discursos. A aplicabilidade da transição do cuidado ainda é um processo em construção e adaptação em diversos países com carência em investigação, principalmente no Brasil (WEBER *et al.*, 2017). A literatura evidencia o enfermeiro como profissional mais envolvido na transição do cuidado do hospital para o domicílio, no entanto, observa-se pouco conhecimento desse profissional sobre a temática e não reconhecimento da transição do cuidado como uma de suas atribuições (ACOSTA *et al.*, 2018).

Embora nos discursos a maioria das enfermeiras relate que realize essa preparação na entrada dos pacientes, ainda se observa uma quantidade significativa de profissionais que não atua do mesmo modo. Assim, essas orientações são passadas no pós-operatório imediato, ou quando esses idosos estão saindo da unidade hospitalar. As orientações de alta realizadas pelas enfermeiras, em sua maioria, são efetuadas na iminência da alta hospitalar, sem considerar as condições e necessidades individuais do paciente e família, tornando difícil a compreensão e comprometimento dos cuidados (MARTINS *et al.*, 2015). Conforme reportam os estudos atuais, uma transição qualificada requer um planejamento de alta precoce, realizado no momento da admissão. O planejamento de alta hospitalar consiste em

orientações de enfermeiras sobre diversos aspectos dos cuidados a serem praticados no domicílio, e diante da amplitude desses cuidados é necessário dar início antes da alta, com vistas a garantir que o usuário e cuidador tenham tempo para assimilar as informações necessárias para continuidade em domicílio (NUNES *et al.*, 2020).

Conforme referido pelas entrevistadas nessa pesquisa, o curto período de permanência dos idosos nas unidades, no perioperatório de implante de MP, associado ao excesso de demanda, revelam-se como obstáculos na transição desses cuidados, uma vez que as informações são transmitidas com celeridade. Em sua rotina, a enfermeira possui pouca disponibilidade para orientar o paciente e sua família, em tempo hábil, antecedente a alta hospitalar (COLI; ZANI, 2016). As orientações de alta são restritas, realizadas em sua maioria, por médicos e enfermeiros, em tempo reduzido sem considerar a completude das necessidades do paciente (FONTANA; CHESANI; NALIN, 2017).

Nesse estudo, nota-se que as enfermeiras entrevistadas se atêm a cuidados relacionados à carteira de identificação de MP, a ferida operatória, e ao membro adjacente ao sítio de MP, sem considerar outros aspectos, também relevantes, para a recuperação e reabilitação. A enfermeira que atua nesse cenário identifica como cuidados indispensáveis realização de curativos protetores, avaliação da condição da pele e observação dos sinais de infecção em dispositivos invasivos (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015). Ao paciente com MP definitivo, a enfermeira atua fundamentalmente, assumindo papel de educadora em saúde, com vistas a fornecer orientações necessárias, capacitando a realização do autocuidado e enfrentamento das dificuldades em curto e longo prazo, e assim, contribui para a independência, autonomia e melhora da QV (SANTOS *et al.*, 2017). A enfermeira, além dos conhecimentos técnicos e científicos, deve ter habilidade para lidar com as reações emocionais que o paciente vivencia no processo cirúrgico, sendo capaz de proporcionar tranquilidade e segurança, e oportunizá-lo a expor seus medos (NAKASATO *et al.*, 2015).

Às questões também relevantes, que não foram reportadas pelas enfermeiras, incluem necessidades sociais, emocionais, psicológicas e espirituais. Como mostra a literatura, a atenção dos profissionais deve estar centrada nos diversos aspectos que envolvem essa abordagem e que interferem na QV desses indivíduos, sejam físicos, sociais, emocionais, psicológicos ou espirituais. Aos pacientes com indicação de MP, diversos valores são assumidos, partindo da percepção de um coração fraco, dependente do funcionamento de um aparelho para manutenção da vida (NEVES; SILVA, 2016). Ao paciente submetido ao procedimento cirúrgico, ainda que se trate de um procedimento simples, deve-se considerar a gravidade da doença e o prognóstico clínico, haja vista que as reações emocionais podem



influenciar no estado cardíaco do paciente. Esses indivíduos, geralmente experienciam sentimentos de ansiedade, depressão e medo, com perspectivas negativas em relação ao futuro (ALIEVI; ROMAN; LISE, 2017).

Outro aspecto relevante a ser considerado refere-se às orientações sobre possíveis complicações decorrentes do implante de MP na pessoa idosa no pós-operatório no domicílio. As participantes pouco mencionaram orientações acerca das complicações, além da falta de esclarecimento sobre como conduzir o retorno desses pacientes e a quem contatar em caso de necessidade. O pós-operatório compreende um período delicado para paciente e a família, uma vez que envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos que influenciam na recuperação. Nessa fase, a orientação em saúde é fundamental, e deve ser utilizada a fim de desenvolver a independência do paciente durante a recuperação pós-cirúrgica, e proporcionar conhecimentos que permitam a identificação precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações (SANTOS *et al.*, 2020).

O cuidado transicional a pessoa idosa exige que a orientação e preparação de alta sejam elaboradas também na perspectiva do familiar e/ou cuidador, haja vista que os indivíduos idosos podem apresentar algumas limitações, comprometendo a continuidade da terapêutica no domicílio. Assim, os discursos das enfermeiras reiteram a substancialidade da presença do acompanhante para o planejamento de alta e no processo do cuidar. O cuidado de transição a idosos do hospital para domicílio torna-se complexo, devido esses indivíduos, frequentemente apresentarem problemas cognitivos, físicos e sociais que devem ser considerados no que tange os planos de alta e de acompanhamento (NORLYK *et al.*, 2020)

Dentre as funções educativas em saúde da Enfermeira, para o planejamento de alta hospitalar, destaca-se o comprometimento para além do paciente, abarcando também o preparo dos familiares para a alta hospitalar. Um cuidado seguro no domicílio requer da enfermeira um planejamento de alta abrangente, com informações acerca da doença e dos principais cuidados realizados no domicílio, preparando e instrumentalizando os familiares para o período pós alta, uma vez que a família é considerada uma instituição permanente de cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Para cada internação, é necessário elaborar um plano de alta individualizado, incluindo profissionais de saúde, idosos, familiares/ cuidadores, com qualidade na transição do cuidado para domicílio (COSTA *et al.*, 2020).

O relatório de alta de enfermagem, atualmente também conhecido como relatório de cuidados continuados, é um documento facilitador no planejamento de alta, como mencionado pelas enfermeiras nos discursos. Esse relatório é redigido pela enfermeira que prestou cuidado ao paciente durante a internação, e inclui os fundamentos do processo de enfermagem para

admissão do paciente, garante a continuidade dos cuidados, bem como contribui para o acompanhamento dos pacientes (Seva- Llor *et al.*, 2015). Para facilitar a gestão do cuidado, a Enfermeira utiliza a SAE, e esta tem como uma das etapas o plano de alta, o qual fornece subsídios para qualificar a continuidade dos cuidados. A SAE contribui para mitigar complicações, elaborar um plano de cuidados, preparar a alta, além de promover a orientação do paciente e familiar para os cuidados domiciliares. Por meio do plano de alta é possível facilitar a transição do paciente nos serviços de saúde e garantir a continuidade do cuidado (COSTA *et al.*, 2020).

A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser efetiva, livre de divergências. As participantes reportam a ausência de comunicação e discordância de informações entre profissionais médicos, pacientes e demais profissionais, como entrave para orientações de cuidado na alta hospitalar, inviabilizando a precisão das instruções. A comunicação insuficiente e ausência de coordenação no processo da alta hospitalar podem provocar condições complexas na continuidade do cuidado, afetando potencialmente o paciente, além de aumentar o risco de resultados assistenciais insatisfatórios (NORLYK *et al.*, 2020). Estudos consideram a fase de transição do cuidado como uma situação crítica para ocorrência de erros de comunicação, desse modo, a comunicação é fator determinante para qualidade e segurança do cuidado (PENA; MALLEIRO, 2018).

As orientações de cuidados a pessoa idosa com MP aludidas pelas participantes não abarcam informações acerca do DCEI, e isso reflete a falta de conhecimento das enfermeiras sobre o funcionamento e tecnologias que envolvem o marcapasso. A prática clínica evidencia o desconhecimento dos pacientes e profissionais acerca da segurança e dos recursos envolvidos na tecnologia dos DCEI (VIANNA *et al.*, 2014). De acordo com a literatura, compete a Enfermeira compreender o funcionamento do dispositivo, identificar traçados eletrocardiográficos, o processo fisiopatológico da doença, bem como ter conhecimento técnico abrangente (VIEIRA; SIMONETTI; KOBAYASHI, 2019). A consulta de enfermagem possibilita a enfermeira um olhar para o indivíduo com a singularidade de ser portador de MP, e através do conhecimento teórico e prático, essa profissional desenvolve o processo de cuidados atendendo as necessidades terapêuticas dos pacientes, designando-o como agente ativo do seu próprio cuidado, com potencial para aprender e desenvolver os níveis físico, psicológico, interpessoal e social (AMENDOEIRA *et al.*, 2018).

Dentre as mudanças advindas pós-implante de MP, as alterações medicamentosas devem ser consideradas, haja vista a vulnerabilidade da pessoa idosa, a polifarmácia e suas complicações, bem como da importância da conciliação medicamentosa e da precisão das

informações sobre o uso desses medicamentos. Contudo, nos discursos das entrevistadas, não são identificadas orientações a despeito desses cuidados.

A polifarmácia é comum na pessoa idosa hospitalizada e pode apresentar como consequência o uso de medicamento inadequado, com posterior aumento da ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas. Esses fatores podem comprometer a funcionalidade do idoso bem como a efetividade da farmacoterapia. A chance de um indivíduo apresentar uma interação medicamentosa tende a aumentar com o número de medicamentos prescritos, número de classes terapêuticas e idade (VELOSO *et al.*, 2019). Fatores como idade, funcionalidade, polifarmácia, complexidade da farmacoterapia, medicamentos inadequados ao idoso e multimorbidade podem apresentar relação com retornos desses pacientes aos serviços de emergência após alta hospitalar. E a utilização desses serviços após alta pode significar a ineficiência do processo de transição do cuidado (SANTOS; DIAS; REIS, 2020).

Diante da complexidade das cirurgias cardiovasculares, existem altas taxas de readmissão hospitalar. Dessa forma, a transição do cuidado torna-se essencial e exige planejamento e educação em saúde, para assegurar a assistência domiciliar. Nesse contexto, a enfermeira atua na coordenação e execução dos cuidados transicionais hospital-domicílio (SANTOS; LAPRANO; CONCEICÃO, 2020).

Em face a essa realidade, o cuidado da enfermeira ao idoso com marcapasso cardíaco requer conhecimento abrangente e habilidades específicas que subsidiem a preparação desse paciente e familiar/cuidador para a prática segura do autocuidado em domicílio, reduzindo as taxas de readmissão hospitalar. O cuidado ao paciente submetido à cirurgia cardíaca exige do enfermeiro intensificação de conhecimentos e cuidados fundamentados nas necessidades técnico-científicas, cirúrgicas, emocionais e psicossociais, viabilizando a qualidade do período pós-operatório (SANTOS; LAUS; CAMELO, 2015). Nessa perspectiva a enfermeira intervém favorecendo a educação em saúde do paciente e cuidador contribuindo para sua recuperação (MALHEIRO *et al.*, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que as enfermeiras envolvidas no cuidado transacional a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo exercem este cuidado sem fundamentação teórica, desconsiderando alguns aspectos que compõem a integralidade dos indivíduos, e assim, ressaltam tecnicamente os cuidados direcionados ao dispositivo cardíaco como o uso da carteira de identificação do MP e a ferida operatória. Para além, a rapidez nas orientações, justificada pela alta demanda da prática e tempo de permanência desses pacientes nas unidades constitui uma das fragilidades para a transição do cuidado hospital-domicílio, haja vista a importância da completude das orientações a fim de assegurar a continuidade da assistência.

Salienta-se, ainda, a importância da inserção dos familiares/cuidadores no processo do cuidar, relatados pelas entrevistadas, considerando que esses constituem uma instituição de cuidado importante, além de considerar a pessoa idosa como indivíduos com limitações mesmo na ausência da senilidade. E para dispensar as orientações, o relatório de cuidados de alta, que compõe um das etapas da SAE, se insere como instrumento fundamental de segurança para a transição.

Outros achados relevantes foram identificados como lacunas para a transição hospital-domicílio como o desconhecimento das enfermeiras sobre recursos e tecnologias que envolvem o MP, a falta de esclarecimento aos idosos quanto à terapêutica medicamentosa, a insuficiência de informações acerca da rede de apoio em caso de complicações, adicionalmente, o déficit na comunicação que se insere como revés para a transição.

Nesse contexto, as enfermeiras responsáveis pelo cuidado a pessoa idosa com MP devem estar capacitadas com embasamento teórico e prático, fundamentadas com conhecimentos específicos sobre esse DCEI e os cuidados básicos requeridos quando implantados, assim conseguirão minimizar as implicações referentes aos aspectos físicos, emocionais e sociais envolvidos no processo. No que tange as orientações, essas devem ser iniciadas no momento da admissão hospitalar, como preconiza a OMS, com vistas a assegurar a preparação do paciente e cuidador, e devem seguir um padrão específico para implante de MP a fim de garantir a similaridade das instruções para todos os idosos e cuidadores. Ressalta-se nesse sentido, a necessidade da comunicação efetiva entre profissionais, bem como de profissional para paciente.

Essa pesquisa tem como limitação a sua restrição a um público específico, uma vez que está direcionada às enfermeiras que atuam no cuidado ao idoso com marcapasso cardíaco

definitivo na transição hospital-domicílio, e os estudos apontam que a ineficiência do cuidado transicional no que concerne o preparação e planejamento de alta abarca as demais especialidades. Diante disso, esse estudo pode ser dirigido a enfermeiras envolvidas em todos os aspectos do cuidado continuado, possibilitando a qualificação da transição.

Diante do exposto, devido à escassez de estudos, destaca-se a importância de novas pesquisas relacionadas aos cuidados que envolvem o uso de MP cardíaco definitivo, uma vez que as doenças cardiovasculares são as primeiras causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo, com índice crescente de implantes de DCEI, e a pessoa idosa tem propensão a desenvolver arritmias. Desse modo, as enfermeiras, profissionais responsáveis por esses cuidados, requerem maior capacitação para ofertar uma transição de cuidado qualificada reduzindo aos riscos, complicações e principalmente readmissões hospitalares.

Esse estudo contribuirá para aprimorar o conhecimento das enfermeiras acerca dos cuidados dispensados a pessoa idosa com marcapasso artificial na transição hospital-domicílio. Deste modo, assegura a qualificação da atenção prestada a esses indivíduos, reduzindo os riscos e complicações, conseguinte reinternações, óbitos e custos com a saúde. Ademais, incitará novas pesquisas nesse âmbito.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. *et al.* Atividade do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE on line**. Recife. v. 12, n.12, p. 3190- 197, dez. 2018.

ALIEVI, G. J. P.; ROMAN, E. P.; LISE, A. M. R. Aspectos que envolvem a ansiedade em pacientes pré e pós-operatórios da cirurgia cardíaca: as eventuais complicações e o prognóstico clínico em uma abordagem teórica. **Revista Thêma et Scientia**. v.7, n.2, dez. 2017.

ALMEIDA, G. B. S.; PAZ, E. P. A.; SILVA, G. A. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm**. Minas Gerais, v. 24, n.4, p 459-465, jan. 2011.

AMENDOEIRA, J. *et al.* Consulta de Enfermagem: Intervenção dos Enfermeiros com pessoas portadoras de PMD e CDI. Um estudo qualitativo. **Revista da UIIPS**. v. 6, n. 2, p. 80-95. 2018.

AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.27, p.1-8, Ago. 2019.

BENEDET, S. A.; *et al.* Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Care Online**. v. 8, n. 3, p. 4780-4788. 2016.

BERGMANN, A. R. N.; *et al.* A vida por um fio: percepções sobre o implante de marcapasso cardíaco permanente. **Revista Subjetividades**. Fortaleza. v. 16, n.1, p.131-143, abril. 2016.

BÍBLIA. Jeremias. Português. *In: A Bíblia sagrada: antigo e novo testamento*. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. p. 825.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa inédita traça perfil de enfermagem**. COFEN, 06 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. COFEN, 15 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 24 maio. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 580, de 22 de março de 2018. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, Diário Oficial da União, 16 jul. 2018.

BRIE, A.; *et al.* Current: **Geriatría diagnóstico e tratamento**: Transições e continuidades dos cuidados. 2 ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

BURKE, R. E.; *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, no. 2, p. 102-109, Nov. 2013.

CARLO, B.; *et al.* Same-day CIED implantation and discharge: Is it possible? The E-MOTION trial (Early MObilization after pacemaker implantaTION). **Int J Cardiol.**, v. 288, p. 82-86. 2019.

COLI, M; ZANI, AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. **Rev Min Enferm.**, v.20. 2016.

COLLEMAN E.A, BOULT C. American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.**, v.51, n.4, p.556-7. 2003.

\_\_\_\_\_.*et al.* Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 2, n. 1, June. 2002.

\_\_\_\_\_. *et al.* The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 26, n. 4, p. 93-104. 2007.

CHICK, N; MELEIS, A. I. **Transitions: A nursing concern**. Nursing research methodology. University of Pennsylvania. Ed. Chinn.1986. p. 237-257.

COSTA, M. F. B. N. A.; *et al.* A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a atenção primária à saúde na Espanha. **Rev Esc Enferm USP**. v. 53, p. 1-8. 2019.

COSTA, M. F. B. N. A.; *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para atenção primária a saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto Enfermagem**. v.29. 2020.

COSTA, M. F. B. N. A.; *et al.* Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Rev Bras Enferm.**, v.73. 2020.

CUNHA, Y. F. F.; SOUSA, R. R. Gênero e enfermagem: Um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **RAHIS.**, v. 13, n. 3. 2017.

DAMACENO, M. J. C. F, CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 5, p. 1637-1646. 2019.

DUTRA, D. D.; *et al.* Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **J. res.: fundam. care.** Online, v. 8, n. 2, p. 4501-4509. 2016.

ESQUENAZI, D; SILVA, S. R. B; GUIMARAES M. A. M. Aspectos Fisiológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE.** Rio de Janeiro. v. 13, n.2, p. 11-20. 2014.

FERNANDES, I. R.; GALLARDO, A. L. A, ZARAMELLA, V. M. Marcapasso e desfibrilador implantável: avaliação do conhecimento do portador para o autocuidado. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa.** São Paulo, v. 60, p.12-5. 2015.

FIGUEIREDO, M.Z.A; CHIARI, B.M; GOULART, B.N.G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta da pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comum.** São Paulo. v. 25, n.1, p.129-136. Abril. 2013.

FLESCHE, L. D.; ARAÚJO, T. C. C. F. Alta de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia.**, v.19, n. 3, p.157-238. Jul-set. 2014.

FONTANA, G.; CHESANI, F. H.; NALIN, F. Percepções dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. **Revista da UNIFEBE.** v.1, n.21. Ago. 2017.

GONÇALO, S. S.; *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com marca-passo cardíaco definitivo. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.29. Jan-Dez. 2020.

GRILLO, L. P.; *et al.* Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos assistidos por equipe estratégia saúde da família no sul do Brasil. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília. 8, n.4, p.131-141, dez. 2014.

HAUGAA, K. H., *et al.* **Patients' knowledge and attitudes regarding living with implantable electronic devices:** results of a multicentre, multinational patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association. **ESC. Europe**, v. 20, n. 2, p.386–391. 2018.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Rene.** Fortaleza. v. 14, n. 6, p. 1061-1063. 2013.

LEFEVRE, F.; MARQUES, M. C. C.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto organização. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.14, n.4. p.1193-1204. Jul-Ago. 2009.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 23, n. 2, p. 502-507, Abr-Jun. 2014.

LEITE, C. R. M.; *et al.* **Novas tecnologias aplicadas à saúde:** desenvolvimento de sistemas dinâmicos: conceitos, aplicações e utilização de técnicas inteligentes e regulação. Mossoró - RN: EDUERN, 2019. E-book. Disponível em: <https://ppgcc.ufersa.edu.br/wpcontent/uploads/sites/42/2019/07/novas-tecnologias-vol2-final3.pdf>. Acesso em: 02 fev 2021.



- LIMA, M. A. D. S.; *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 39, p.1-12. Nov. 2018.
- MALHEIRO, I. C.; *et al.* Intervenções de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Research, Society and Development.** v. 9, n.7. 2020.
- MARQUES, M. J. S.; *et al.* Perfil clínico epidemiológico de pacientes submetidos a utilização de marca-passo no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Pesq Saúde.** v.18, n. 3, p.168-172, Set-Dez. 2017.
- MARTINS, K. P.; *et al.* Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. **J. res.: fundam. care.** v.7, n.1, p.1756-1764, Mar. 2015.
- MEDEIROS, P. A.; *et al.* Prevalência e simultaneidade de fatores de risco cardiovasculares em idosos participantes de um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo. v.22. Dez. 2019.
- MELEIS, A. I.; *et al.* Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. **Advances in Nursing Science.** v. 23, n. 1, p.12-28.2000.
- MENEZES, T. M. O.; OLIVEIRA, A. L. B.; SANTOS, L. B. Cuidado de Transição Hospitalar a pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**; v. 72, (Supl 2), p. 307-315. 2019.
- MINAYO, M. C. S; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.19, n.4, p.1103-1112, Abr. 2014.
- MOTA, W. H.; *et al.* Estimulação cardíaca artificial e suas implicações na enfermagem. **J. Health BiolSci.** v. 6, n.1, p.100-107. 2018.
- NAKASATO, G. R.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Min Enferm.** v.19, n.4, p.980-986. Out-dez. 2015.
- NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **The Commonwealth Fund,** New York, v. 103, p. 1-12. Nov. 2010.
- NEVES, R. R. S.; SILVA, I. S. A qualidade de vida de pacientes com Marcapasso. **Univçosa.** Minas Gerais. v. 8, n.1. p. 50-54. Dez. 2016
- NORLYK, A.; *et al.* Struggles with infrastructures of information concerning hospital-to-home transitions. **British Journal of Community Nursing.** v. 25, n.1, Jan. 2020.
- NYWEIDE, D. J.; *et al.* Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. **JAMA Intern Med.** v. 173, n. 20, p. 1879-85, 2013.
- NUNES, S. S.; *et al.* Adesão às orientações do enfermeiro para cuidado domiciliar do transplantado de medula óssea na perspectiva ecossistêmica. **Texto Contexto Enferm.** v. 29, e20180310, p.1-13, 2020.

NUNES, E. C. D. A; MENEZES, N. L. Sistematização da alta de enfermagem-Uma análise fundamentada em Roy. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 2, p. 01-09, Abr-jun. 2016.

NUNES, G.C; NASCIMENTO, M. C. D; LUZ, M. A. C. A. Pesquisa científica: conceitos básicos. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia.** n. 29, p.144-151, Fev. 2016.

OIKONOMOU, E.; *et al.* Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. **BMC Health Services Research.** v.19, n.1, p1-12, Jul. 2019.

OLIVEIRA, M. S. S. SILVA, G. T.; SANTANA, M. D. R. A qualidade de vida de pacientes portadores de marcapasso cardíaco. **Rev. e-ciênc.** v. 4, n.1, p. 82-88. Out. 2016.

OLIVEIRA, E. C.; *et al.* Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** v. 11, n. 9. 2017.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Rev Enferm UFSM.** v. 8, n. 3, p. 616-625, Set. 2018.

PEREIRA, S. K.; *et al.* Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos. **Rev Fund Care Online.** v. 8, n. 4, p. 4949-4955. Out-dez. 2016.

SANTOS, M. A. A.; *et al.* Envelhecer altera relevantemente a frequência cardíaca média?SBC. **Arq Bras Cardiol.** [online]. v. 101, n.5, p. 388-398. 2013.

SANTOS, A. P. A.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. H. O trabalho da enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **ABCS Health Sci.** v. 40, n.1, p. 45-52. 2015.

SANTOS, S. E. M.; *et al.* Legibilidade de prospecto facilitador e letramento em saúde de indivíduos com marcapasso. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 3, p. 661-667, Mai-Jun. 2017.

SANTOS, T. L.; LAPRANO M. G. G.; CONCEIÇÃO, A. P. Orientações de alta hospitalar para o desempenho do autocuidado após a cirurgia cardíaca: revisão integrativa. **Rev baiana enferm.** v. 34:e35284. 2020.

SANTOS, F. D. R. P.; *et al.* Relação entre orientação em saúde e complicações no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais altas. **R. pesq.: cuid. Fundam.** v. 12, p. 253-257. Jan. 2020.

SANTOS, F. S.; DIAS, B. M.; REIS, A. M. M. Visitas de idosos a departamentos de emergência em até 30 dias após a alta hospitalar: análise na perspectiva da farmacoterapia. **Einstein.** São Paulo, v.18, p.1-9. 2020.

SEVA-LLOR, A. M. *et al.* relatório de Enfermagem no hospital. **Acta Paul Enferm.** v.28, n.2, p.101-106. 2015.

SILVA, K. R. S.; *et al.* Complicações após Procedimentos Cirúrgicos em Portadores de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis: Resultados de um Registro Prospectivo. **Arq Bras Cardiol.** [online]. v. 107, n. 3, p. 245-256, 2016.

SILVEIRA, C. R.; *et al.* Desfechos clínicos de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em um hospital do noroeste do rio grande do sul. **Rev Enferm UFSM.** v. 6, n. 1, p.102-111, Jan-Mar. 2016.

SOUZA, L. L.; *et al.* Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição.** São Paulo, v.19. n.2, p.218-232. Jul. 2014.

SOUZA, P. M. B. B.; QUELUCI, G. C. A arte de cuidar em pacientes com insuficiência cardíaca na alta hospitalar. **J. res.: fundam. care.** [online]. v. 6, n. 1, p.153-167. Jan-mar. 2014.

VELOSO, R. C. S. G.; *et al.* Fatores associados às interações medicamentosas em idosos internados em hospital de alta complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-26. 2019.

VERWEIJ, L.; *et al.* The cardiac care bridge program: design of a randomized trial of nurse-coordinated transitional care in older hospitalized cardiac patients at high risk of readmission and mortality. **BMC Health Services Research.** v.18, n.1, p.1-12, Jun. 2018.

VIANNA, M. S. *et al.*; Plano de orientações a pacientes após o implante de dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis. **Relampa.** Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. v. 27, n.1, p.27-33. 2014.

VIEIRA, T. C.; SIMONETTI, S. H.; KOBAYASHI, R. M. Validação das competências do enfermeiro nos cuidados com portadores de marca-passo. **Revista Nursing.** v. 22, n. 255, p. 3095-3100, Jul. 2019.

WADHERA, R. K.; *et al.* Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. **BMJ.** v. 366, n. 4563, p.1- 6. Aug. 2019.

WEBER, L. A. F.; *et al.* Transição do cuidado do hospital para o domicílio: Revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**; v. 22, n. 3, p.1-11. 2017.

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****I - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:****TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:****PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** Emanuela Santos Oliveira**Cargo/Função:** Enfermeira/ Estudante da Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**II - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: “Cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio”, de responsabilidade da pesquisadora Emanuela Santos Oliveira, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Oliva Menezes, professora da Universidade Federal da Bahia, que tem como objetivos: Geral: Apreender como ocorre o cuidado da enfermeira a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio; Específicos: 1. Identificar quais orientações de cuidados as enfermeiras fornecem a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo, família e/ou cuidadores durante a internação; 2. Identificar como as enfermeiras inserem a família nas orientações sobre o cuidado de transição hospital-domicílio; 3. Descrever as facilidades e dificuldades do serviço no planejamento e implementação dos cuidados de transição hospital/domicílio para a pessoa idosa com MP cardíaco, familiares e/ou cuidadores. A realização desta pesquisa poderá trazer como benefícios ampliação do conhecimento sobre essa temática, proporcionando aperfeiçoamento e qualidade da assistência prestada. Caso aceite, o Senhor (a) será entrevistado (a) e essa entrevista será captada por um gravador digital, e os depoimentos serão guardados no Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa - NESPI, e serão desprezados após 5 anos. Devido à coleta de informações, há o risco do (a) senhor (a) se sentir constrangido (a) com a gravação, ou mesmo incomodado (a) ao lembrar momentos de sua trajetória profissional. Caso isso ocorra, o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, ou interromper e retomar em outro momento. Sua

participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou pagamento resultante dela. Os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas e apresentados em eventos, com fins de disseminar o conhecimento científico. Nesse sentido, garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto o Sr (a) não será identificado (a). Caso queira, o (a) senhor (a) poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que o Sr (a) faz acompanhamento. Caso o Sr (a) seja exposto a algum risco inerente a pesquisa, receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, assim como indenização de acordo a legislação referente à questão. Quaisquer dúvidas que o (a) senhor (a) apresentar serão esclarecidas pela pesquisadora e o Sr (a) caso queira poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética desta instituição hospitalar. Esclareço ainda que, de acordo com as leis brasileiras, o Sr (a) tem direito a indenização, caso seja prejudicado por esta pesquisa. O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

### III. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS

Pesquisador(a) Responsável: Emanuela Santos Oliveira

Endereço: Rua Santa Bernadete, nº 14, Estrada das barreiras/ Cabula

Telefone: (71) 99275-7785. E-mail: emanuolienfa@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa – PROF. DR. Celso Figuerôa/ secretaria administrativa Praça Conselheiro Almeida Couto, 500 - Nazaré, Salvador - BA, 40050-410. Tel: 55 71 2203-8362.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP SEPN 510 norte, bloco a 1º subsolo, edifício ex-inan - Unidade II - Ministério da Saúde CEP: 70750-521 - Brasília-DF.

---

Pesquisadora – Emanuela Santos Oliveira

E-mail: emanuolienfa@gmail.com

Tel: (71) 992757785

---

Orientadora – Profª Drª Tânia Maria de Oliva Menezes

E-mail: tomenezes50@gmail.com

Tel: (71) 980809213

## CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa intitulada “Cuidado da enfermeira à pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio” e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, concordo em fazer parte do estudo participando da entrevista e respondendo às perguntas do instrumento de coleta de dados semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Minhas falas poderão ser gravadas com auxílio de um gravador digital. Minha autorização e consentimento para participar da pesquisa é voluntária e livre, não sofrendo nenhuma interferência por parte da pesquisadora e que não estou sendo remunerado (a) por este ato, podendo retirar meu consentimento do estudo a qualquer momento, sem nenhuma implicação, prejuízo ou dano à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade, e que os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecimentos e dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante da pesquisa

Pesquisadora: Emanuela Santos Oliveira

E-mail: emanuolienfa@gmail.com

Telefone: (71) 99275-7785



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

**APENDICE B - Roteiro para entrevista individual**

Iniciais:
Data de nascimento:
Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Outro ( )
Contato:
Estado civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Outro ( ): _____
Escolaridade: ( ) Pós-graduação ( ) Outra? Qual?
Tempo de formação: ( ) menos de 1 ano ( ) 1 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 a 15 anos ( ) 15 a 20 anos ( ) mais de 20 anos.
Tempo de experiência na unidade: ( ) 6 meses ( ) 1 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 a 15 anos ( ) 15 a 20 anos ( ) mais de 20 anos.
Locais atuais de trabalho: ( ) Hospital público ( ) Hospital privado ( ) PSF ( ) Outros, quais? _____
<b>QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO</b>
Questão 1: O que você entende sobre cuidados de transição?
Questão 2: O que você entende sobre cuidados de transição a pessoa idosa no processo de implante de MP?
Questão 3: Quando você inicia o planejamento de alta a pessoa idosa no processo de implante MP e como você cuida desta transição?
<b>QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO</b>
Questão 1: Quais orientações de cuidados você fornece a pessoa idosa com MP cardíaco durante a internação para a transição hospital-domicílio?
Questão 2: Como você insere a família e/ou cuidador nas orientações de cuidados na transição hospital-domicílio da pessoa idosa com MP?
Questão 3: Quais orientações de cuidados você fornece a família e/ou cuidador da pessoa idosa com MP na transição hospital-domicílio?

Questão 4: Quais orientações de cuidados você considera importante fornecer a pessoa idosa com MP cardíaco, família e/ou cuidador durante a internação para a transição hospital-domicílio?

Questão 5: Quais facilidades e dificuldades você encontra no serviço, para planejar e implementar os cuidados de transição hospital/domicílio para a pessoa idosa com MP cardíaco, familiares e/ou cuidadores?



## ANEXO A- Protocolo de aprovação do comitê de ética e pesquisa

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO DA ENFERMEIRA À PESSOA IDOSA COM MARCAPASSO CARDÍACO DEFINITIVO NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

**Pesquisador:** EMANUELA SANTOS OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29293920.0.0000.5520

**Instituição Proponente:** SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.992.276

#### Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional constitui um importante desafio mundial na atualidade. O curso natural da vida predispõe ao indivíduo desenvolver doenças, principalmente as cardiovasculares. O Ministério da Saúde indica que cerca de 33% das mortes são causadas por Doenças Cardiovasculares e, esses números tornam-se ainda maiores considerando a população idosa. O crescente índice dessas doenças no Brasil expande o número de internações e implantes de Marcapasso cardíaco. Em virtude dos benefícios desse tratamento, ressalta-se a importância da orientação dos pacientes quanto à necessidade de utilização, funções do aparelho e cuidados após o implante de marcapasso. A alta hospitalar requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família. Nesse sentido, a transição do cuidado tem sido destacada como uma das formas de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade da assistência.

#### Método

Pesquisa descritiva, qualitativa. Será realizada em um hospital filantrópico, na cidade de Salvador-BA. Serão utilizadas cinco unidades de internação que acolhem pacientes cirúrgicos e cardiológicos. Participarão enfermeiras que atuam nesses setores.

Para coleta dos depoimentos será utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. Para a análise de dados será aplicada a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC). O estudo obedecerá aos

**Endereço:** Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500  
**Bairro:** Nazaré **CEP:** 40.050-410  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2203-8362 **Fax:** (71)2203-8586 **E-mail:** cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 3.992.276

preceitos éticos e legais no que se refere à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, a 510/16 e a Resolução 580/18, a qual estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse para o sistema único de saúde (SUS).

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos desta pesquisa são:

Geral: Apreender como ocorre o cuidado da enfermeira a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo na transição hospital-domicílio;

Específicos: 1. Identificar quais orientações de cuidados as enfermeiras fornecem a pessoa idosa com marcapasso cardíaco definitivo, família e/ou cuidadores durante a internação;

2. Identificar como as enfermeiras inserem a família nas orientações sobre o cuidado de transição hospital-domicílio;

3. Descrever as facilidades e dificuldades do serviço no planejamento e implementação dos cuidados de transição hospital/domicílio para a pessoa idosa com MP cardíaco, familiares e/ou cuidadores

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa poderá ocasionar constrangimento ou desconforto durante a entrevista, entretanto a pesquisadora se compromete em interromper imediatamente a mesma, assim como fornecer o apoio necessário, embora não tenha deixado claro sobre medidas efetivas.

Como benefício, o estudo proporcionará aos participantes maior conhecimento sobre essa temática, facilitando o aperfeiçoamento e qualidade da assistência prestada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda para inclusão de novo membro à pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Acatado solicitação para inclusão de novo membro à pesquisa.

**Endereço:** Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.050-410

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)2203-8362

**Fax:** (71)2203-8586

**E-mail:** cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 3.992.276

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. PARECER FINAL: A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova a emenda do Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com a Resolução 466/12.

**2. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:**

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr. Celso Figueirôa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531464_E1.pdf	25/03/2020 23:17:35		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Emenda.pdf	25/03/2020 23:14:43	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP1902.pdf	20/02/2020 10:26:59	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartadosetor2.pdf	20/02/2020 10:08:00	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartadosetor1.pdf	20/02/2020 10:07:16	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2020 00:13:35	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	20/02/2020	EMANUELA	Aceito

**Endereço:** Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500  
**Bairro:** Nazaré **CEP:** 40.050-410  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2203-8362 **Fax:** (71)2203-8586 **E-mail:** cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -  
SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DA BAHIA /  
PROF DR CELSO FIGUEIRÔA



Continuação do Parecer: 3.992.276

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	00:10:29	OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/02/2020 00:07:35	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	declaracao.pdf	20/02/2020 00:06:41	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	12/02/2020 12:00:12	EMANUELA SANTOS OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 27 de Abril de 2020

---

**Assinado por:**  
**Marcos Antônio Almeida Matos**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500  
**Bairro:** Nazaré **CEP:** 40.050-410  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2203-8362 **Fax:** (71)2203-8586 **E-mail:** cephsi@santacasaba.org.br