



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIANA SOUZA BELMONTE

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADORES DOMICILIARES PARA ALIMENTAÇÃO
DE PESSOAS IDOSAS COM DISFAGIA APÓS DESOSPITALIZAÇÃO**

SALVADOR
2023

MARIANA SOUZA BELMONTE

**ESTRATÉGIAS DE CUIDADORES DOMICILIARES PARA ALIMENTAÇÃO
DE PESSOAS IDOSAS COM DISFAGIA APÓS DESOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, cuidado e saúde”, “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Carla Filgueira de Souza e Souza

**SALVADOR
2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA-SIBI, pela Bibliotecária Maria de Fátima Martinelli CRB5/551, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

B451 Belmonte, Mariana Souza

Estratégias de cuidadores domiciliares para alimentação de pessoas idosas com disfagia após desospitalização/Mariana Souza Belmonte. – Salvador, 2023.

86 f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira; Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Carla Filgueira de Souza e Souza.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2023.

Inclui referências apêndices e anexo.

1. Cuidadores. 2. Cuidado transicional. 3. Transtorno de deglutição - idosos. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Souza, Ana Carla Filgueira de Souza e. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083

MARIANA SOUZA BELMONTE

ESTRATÉGIAS DE CUIDADORES DOMICILIARES PARA ALIMENTAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS COM DISFAGIA APÓS DESOSPITALIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, área de concentração “Enfermagem, cuidado e saúde”, Linha de pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 28 de setembro 2023.

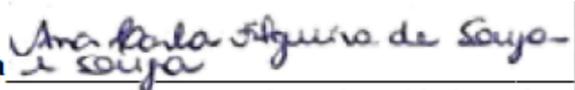
BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

Ana Carla Filgueira de Souza e Souza



Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia

Juliana Bezerra do Amaral



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

Ana Caline Nóbrega da Costa



Documento assinado digitalmente

ANA CALINE NOBREGA DA COSTA

Data: 26/10/2023 16:09:12-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

Nildete Pereira Gomes



Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a minha mãe, que foi uma das fontes para minhas inspirações e, me fez ter coragem para voltar a estudar um pouco mais sobre à pessoa idosa, ao meu esposo e companheiro de vida, pela empatia, carinho e paciência em acompanhar essa jornada, a todos os cuidadores que participaram do cuidado direto com o idoso, e desempenham um papel fundamental na sociedade, e muitas vezes seu trabalho é subestimado e sub-reconhecido. Meu desejo de que as políticas públicas assumam o cuidado do cuidador e a pessoa idosa como uma prioridade.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que em sua infinita graça me permitiu concluir mais uma etapa da jornada acadêmica, grata a TI pelo dom da vida e perseverança que alimenta a alma!

A minha família, em especial minha mãe **Onorina Conceição** que lutou bravamente para que pudesse ter acesso à educação. Obrigada mainha pelo amor incondicional e por sempre acreditar que conseguiria alcançar novos horizontes!

Ao meu marido, companheiro de alma **Islame Belmonte**, pela paciência, encorajamento constante durante toda a minha trajetório no mestrado, onde ao chegar à noite em casa, acompanhava as discussões das aulas remotas e, falava constantemente, gosto muito da aula desse professor! Essa vitória é nossa!

A minha irmã **Luana Souza**, que me ensinou e compartilhou seu conhecimento de como mexer nas ferramentas online.

À **Escola de Enfermagem da UFBA**, em especial aos **docentes da Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, é louvável e inspirador à oportunidade que o mestrado multiprofissional demonstrou em especial por acolher uma fonoaudióloga, e desta forma os mestres foram sensíveis a abertura de novas colaborações entre as diferentes categorias profissionais.

À minha querida e estimada orientadora **Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira**, que me acolheu desde o período da graduação na UFBA e, tive o imenso prazer de ser sua orientada no mestrado por esta grande mulher, que novamente me desafiou a novos conhecimentos voltados para transição do cuidado à pessoa idosa, agora implicado a Teoria de Alfaf Meileis. Obrigada professora, por me conduzir no caminho dessa temática de forma tão humana!

À **Profª Dra. Ana Carla Filgueira de Souza e Souza** pela disposição, incentivo e contribuições

À querida **Profª. Dra. Nildete Pereira Gomes** pelo apoio na minha caminhada para no

mestrado, paciência, compreensão e por seus tão preciosos ensinamentos acadêmicos para a vida.

Ao **Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI)**, obrigada pelas trocas e ensinamentos durante cada encontro, foram essenciais nesta trajetória acadêmica.

Ao grupo de pesquisa **Cuidado de Transição** responsável pelo meu crescimento acadêmico e despertar como pesquisadora, além da motivação pelo tema abordado. Em especial, gostaria de agradecer aos meus colegas: Jeferson, Jessica, Renata, Rute que ajudaram a pensar a interface com a enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e a saúde de forma geral dos participantes do estudo.

À **Universidade Federal da Bahia**, que mais uma vez me abriu de forma equânime, permitindo transitar nos três eixos da universidade pública. Viva a Universidade Pública de qualidade! Viva a pesquisa científica! Viva aos pesquisadores!

A minha turma, da **Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde 2021.1**, que acolheu minhas ideias e inseguranças, obrigada a cada um que contribuiu pelo meu crescimento, em especial aos meus amigos do grupo 7 pecados pelos risos altas horas da madrugada.

Às minhas amigas **enfermeiras** Cláudia, Daniele, Ivana, Monique pela receptividade, apoio e contribuições para realização desta pesquisa.

Aos profissionais do **HUPES**, que indiretamente ajudou na realização dessa pesquisa contribuindo para o sucesso deste trabalho.

Aos **cuidadores de pessoas idosas**, que viabilizou o resultado desse estudo, o meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001". "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)**, BOL0742/2021, pelo apoio financeiro que permitiu custear as demandas do projeto matriz e contribui diretamente com este estudo. Viva o incentivo à pesquisa!

Ao **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)**, que garantiu a permanência e possibilitou aos bolsistas adquirirem conhecimentos para vida. Obrigada a todos os bolsistas do projeto matriz que me auxiliaram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

“A vida é uma transição, nascimento, vida e renovação.”
(Wanderley, 2023, internet)

RESUMO

BELMONTE, Mariana Souza. **Estratégias de cuidadores domiciliares para alimentação de pessoas idosas com disfagia após desospitalização**. 86f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2023.

O cuidado à pessoa idosa com disfagia orofaríngea é uma responsabilidade complexa que requer preparação, educação em saúde e apoio adequados para garantir a segurança e o bem-estar tanto da pessoa idosa quanto do cuidador. Conhecer as estratégias de cuidadores durante a transição do cuidado hospital-domicílio para a oferta do alimento a pessoas idosas com alterações da deglutição. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa que visa compreender as experiências e perspectivas de cuidadores de pessoas idosas internadas em um hospital universitário na Bahia. A coleta de dados foi realizada entre janeiro e fevereiro de 2023, por meio de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados com base na Análise de Conteúdo. Participaram do estudo oito cuidadoras de pessoas idosas. Emergiram cinco categorias: Preparo e oferta do alimento; Consistência adequada do alimento; Higiene oral pré e pós alimentação; Postura durante e após alimentação; Avaliação fonoaudiológica para uma alimentação adequada. As cuidadoras cuidaram de pessoas idosas com disfagia orofaríngea, desses, quatro alimentava-se exclusivamente por gastrostomia, os outros quatro permaneceram com via oral exclusiva com adaptação de consistência alimentar. O conhecimento tácito dos cuidadores quanto uma transição eficaz entre o hospital e o domicílio, são fundamentais para garantir cuidados de qualidade para pessoas idosas com disfagia orofaríngea. Esse conhecimento envolve mudanças significativas no ambiente, na rotina e nos cuidados prestados à pessoa idosa, portanto, o cuidador torna-se responsável por realizar ajustes no ambiente domiciliar para torná-lo mais seguro e acessível para uma pessoa idosa com disfagia.

Descritores: Cuidadores. Cuidado transicional. Idoso. Transtornos de deglutição.

ABSTRACT

BELMONTE, Mariana Souza. **Home caregiver strategies for feeding elderly people with dysphagia after dehospitalization.** 86f. 2023. Dissertation (Master's) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2023.

Caring for elderly people with oropharyngeal dysphagia is a complex responsibility that requires adequate preparation, health education and support to ensure the safety and well-being of both the elderly person and the caregiver. To understand the strategies of caregivers during the transition from hospital-home care to offering food to elderly people with swallowing disorders. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach that aims to understand the experiences and perspectives of caregivers of elderly people admitted to a university hospital in Bahia. Data collection was carried out between January and February 2023, through a semi-structured interview. The data was organized based on Content Analysis. Eight caregivers of elderly people participated in the study. Five categories emerged: Preparation and offering of food; Adequate food consistency; Oral hygiene before and after feeding; Posture during and after feeding; Speech therapy assessment for adequate nutrition. The caregivers took care of elderly people with oropharyngeal dysphagia, of which four were fed exclusively through gastrostomy, the other four remained exclusively oral with adaptation of food consistency. Caregivers' tacit knowledge regarding an effective transition between hospital and home is fundamental to ensuring quality care for elderly people with oropharyngeal dysphagia. This knowledge involves significant changes in the environment, routine and care provided to the elderly person, therefore, the caregiver becomes responsible for making adjustments to the home environment to make it safer and more accessible for an elderly person with dysphagia.

Descriptors: Caregivers; Transitional care; Aged; Deglutition disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Descrição das fases da deglutição.

Quadro 2. Causas de disfagia orofaríngea

Quadro 3: Caracterização dos cuidadores de pessoas idosas relacionada aos aspectos sócio-demográficos, de saúde e do processo de cuidado. Salvador, Bahia, 2023.

Quadro 4. Caracterização dos idosos, motivo da internação, e os aspectos sociodemográficos de saúde. Salvador, Bahia, 2023.

Quadro 5. Síntese da história dos cuidadores e seu contexto de cuidado voltado a pessoa idosa. Salvador, Bahia, 2023.

Quadro 6. Caracterização do rastreamento da queixa de disfagia pelos cuidadores no domicílio. Salvador, Bahia, 2023.

Figura 1- Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma Teoria de médio alcance (traduzida)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFBA - Universidade Federal da Bahia
LAGGEBA - Liga de Geriatria e Gerontologia da Bahia
ILPI - Instituição de Longa Permanência
ACCS - Ação Curricular em Comunidade e em Sociedade
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
SUS - Sistema Único de Saúde
HU - Hospital Universitário
DOF - disfagia orofaríngea
AVD - Atividades de Vida Diária
COREQ - *Consolidated criteria for REporting Qualitative research*
NESPI - Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso
PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
EEUFBA - Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia
HUPES - Hospital Universitário Professor Edgard Santos
SIATEX - Sistema de Registro de Atividades de Extensão
CEP/HUPES - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia
PIBIC/UFBA - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
TCLE - Termo de Consentimento e Esclarecimento Livre
SM – Salário-Mínimo
Téc. Enf. – Técnico de Enfermagem
AVC - Acidente vascular cerebral
ITR - Infecções do trato respiratório
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
DM - Diabetes mellitus
AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCh - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
VO – via oral
GTT – gastrostomia

SUMÁRIO

	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	15
1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1	O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO NO ENVELHECIMENTO	24
2.2	DISFAGIA OROFARÍNGEA NO IDOSO: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, SINAIS E SINTOMAS	25
2.3	(RE) SIGNIFICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS PARA SEGURANÇA NA OFERTA DO ALIMENTO	27
2.4	A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS COMO SUPORTE TEÓRICO PARA O CUIDADO NA ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA	29
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	LOCAL DA PESQUISA	38
3.3	PARTICIPANTES	39
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão	39
3.4	COLETA DE DADOS	40
3.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	44
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
4	RESULTADOS	46
4.1	CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES E DAS PESSOAS IDOSAS	47
5	DISCUSSÃO	55
6	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	60
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para cuidadores/familiares do projeto matriz (parte 1)	69
	APÊNDICE B - Dados sociodemográficos do cuidador (PARTE 1)	72
	APÊNDICE C - Dados sociodemográficos do idoso (parte 1)	73
	APÊNDICE D - Rastreo da queixa de disfagia pelos cuidadores no domicílio (parte 2)	74
	APÊNDICE E – Entrevista semiestruturada (parte 2) questões norteadoras para primeira ligação	75
	APÊNDICE F – Entrevista semiestruturada (parte 3) questões norteadoras – segunda ligação	76
	APÊNDICE G – Transcrição das falas dos participantes do estudo e suas categorias	77
	ANEXO A – Aprovação do CEP	82

APROXIMAÇÃO COM O TEMA

A minha proximidade com o tema da pessoa idosa iniciou-se ainda no período da graduação em Fonoaudiologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Durante o meu processo de formação, tive a oportunidade de explorar a UFBA nos seus três pilares básicos, que envolve o ensino, a pesquisa e a extensão.

No ensino, ministrei aulas em forma de sessão aberta para o público, dentro da Liga de Geriatria e Gerontologia da Bahia (LAGGEBBA), abordando temáticas na dimensão da saúde do idoso. A oportunidade de extensão iniciou-se na LAGGEBBA, vinculada a Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. As atividades desenvolvidas direcionavam para os três pilares da Universidade, e envolvendo o campo da saúde da pessoa idosa em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) de Salvador, assim como ações de sensibilização em comunidade nos bairros da cidade. Na liga acadêmica, o interesse sobre o tema me levou a assumir a sua vice-diretoria por dois anos.

Ainda sobre as atividades de extensão, tive também a oportunidade, na graduação, de ser aluna e, posteriormente, monitora voluntária, da Ação Curricular em Comunidade e em Sociedade (ACCS) - Envelheci, e agora? Construindo saberes e práticas para viver com qualidade na sociedade moderna. Esta ocorreu na Escola de Enfermagem, sob tutoria da Professora Dra. Adriana Valéria Freitas.

No campo da pesquisa, participei no apoio a coleta de dados de um estudo de mestrado orientado pela Professora Dra. Larissa Chaves Pedreira, intitulado: Acolhimento com classificação de risco a pessoa idosa com suspeita de acidente vascular cerebral. O estudo foi elaborado com abordagem da pesquisa qualitativa, utilizando o grupo focal, estando vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA.

Particpei ainda na graduação de feiras, eventos científicos, simpósios, congressos, ações e práticas em comunidade, com temas voltados para a pessoa idosa. Após a graduação de fonoaudiologia em 2016, e ao ingressar no mercado de trabalho, observei que os idosos apresentavam demandas e particularidades específicas e assim, decidi aprofundar os conhecimentos sobre a saúde da pessoa idosa. Com esse objetivo, realizei em 2018 o processo seletivo da residência multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Esse processo de formação permitiu aperfeiçoar meus conhecimentos enquanto fonoaudióloga nas áreas de avaliação e reabilitação dos distúrbios adquiridos da fala,

linguagem, voz, deglutição, sistema vestibular e saúde auditiva. Ademais, pude compreender os três níveis de atenção, ficando imersa em hospitais, ambulatórios, instituição de longa permanência e em unidades básicas de saúde, integrando a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Nesses contextos, observei a complexidade da rede de atenção à saúde e sua fragilização, principalmente na perspectiva da desospitalização, quando muitas pessoas idosas demandam a continuidade do cuidado em domicílio, com necessidade de orientações específicas ou acompanhamento de profissionais especializados, inclusive junto aos seus cuidadores. Assim, percebi lacunas na cobertura ou na assistência de forma integral, como garantido nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional da Pessoa Idosa.

Após a residência, atuei em Hospital público do município de Salvador, no qual exercia a função de Fonoaudióloga hospitalar, desenvolvendo práticas com o usuário na beira do leito, prestando um cuidado com o propósito de impedir ou diminuir sequelas na comunicação, deglutição e outras, de forma precoce, preventiva e intensiva.

Em 2021, ainda no contexto pandêmico, participei do processo seletivo para o mestrado acadêmico em Enfermagem e Saúde da UFBA. O interesse em cursar o mestrado veio da necessidade de maior valorização e entendimento sobre os casos de disfagia em pessoas idosas que se encontram em processo de alta hospitalar para o domicílio, visando especialmente a orientação de cuidadores para a continuidade deste cuidado visto que, conforme autores, a demanda assistencial encaminhada à atenção de média e alta complexidade ocorre devido à baixa resolutividade na atenção primária da saúde, sendo esta uma situação comum em vários municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional (BARROS et al., 2018).

A disfagia não é considerada uma doença e sim um sintoma, decorrente de uma patologia que pode ser de origem congênita ou adquirida, permanente ou transitória, de causa mecânica ou neurogênica, psicogênica ou iatrogênica, podendo ser também decorrente da idade. Pode comprometer uma ou mais fases da deglutição e as condições nutricionais e pulmonares do indivíduo, levando a uma limitação de sua qualidade de vida ou, até mesmo, colocando-o em risco (XAVIER et al., 2021).

Assim, por se tratar de um sintoma, muitas vezes é ignorada ou esquecida pelo familiar/cuidador, nem sempre orientado quanto a isso, e/ou profissional de saúde. O cuidado prestado a pessoa idosa deve ser visto de forma multidisciplinar, compreendendo que as implicações da disfagia devem envolver todos os profissionais

da equipe de saúde. Porém, vale ressaltar que a equipe de fonoaudiologia é a profissão capacitada a avaliar precocemente a deglutição, estabelecendo a via e a forma mais segura de alimentação, embora a eficácia da intervenção terapêutica também dependa da contribuição de outros profissionais (XAVIER et al., 2021).

Neste novo ciclo do mestrado, participo do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso – NESPI, onde são discutidas temáticas relacionadas a pessoa idosa, na perspectiva de profissionais de saúde, acadêmicos de graduação, discentes do mestrado e doutorado, visando uma análise multiprofissional. Inserida nesse grupo, participo de uma atividade de ensino, pesquisa e extensão com tema a transição do cuidado, executando atividades em uma enfermaria do Hospital Universitário (HU), onde o telemonitoramento é a ferramenta de contato com os usuários e seus cuidadores após a alta, permitindo o acompanhamento remoto da adaptação em domicílio. Os benefícios dessa ferramenta possibilitam acompanhar o processo de desospitalização, acessar a saúde preventiva e diagnóstico precoce, visando melhoria da assistência prestada pelo cuidador, e na qualidade de vida das pessoas idosas na continuidade do cuidado.

Durante o acompanhando a essas pessoas, observo a necessidade da orientação de cuidadores quanto ao modo da oferta segura do alimento às pessoas idosas com dependência funcional, visto que, quando apresentam dificuldade de deglutição, por vezes recebem alta hospitalar com a via oral ainda restrita, ou em uso de gastrostomia e estímulo oral. Apesar do quadro de disfagia em domicílio, esta nem sempre se torna limitadora para a oferta do alimento, visto que, em alguns casos antes da alta hospitalar, passaram por acompanhamento fonoaudiológico, e o cuidador foi orientado sobre adaptações de consistência alimentar, com o propósito de diminuir os riscos de desnutrição, desidratação ou broncoaspiração.

Nesses casos específicos, quando a recomendação da dieta oral se resume a uma dieta pastosa homogênea e líquidos espessados, os cuidadores mencionam frequente recusa, pela pessoa idosa, da ingestão dessas consistências, pois, ao retornarem ao domicílio, acreditam na retomada completa de antigos hábitos alimentares. Ressalto que a disfagia não é algo permanente, havendo possibilidade de reabilitação e progressão de consistências alimentares. Entretanto, para que isso ocorra de forma segura, torna-se necessário que um profissional da fonoaudiologia avalie e acompanhe a condução dos casos, com intuito de alcançar a resolutividade do quadro de disfagia ou promover segurança no modo de oferta do alimento também em domicílio.

A aproximação com os cuidadores durante a atividade de ensino, pesquisa e extensão supramencionada, ocorre no HU da UFBA, durante o internamento, e continua no acompanhamento em domicílio por meio telefônico ou via aplicativo de mensagem, quando são fornecidas orientações e retirada de dúvidas pertinentes a cada caso, até o terceiro mês após a alta, acompanhando a adaptação na continuidade do cuidado. Durante esse acompanhamento, tenho procurado criar um vínculo para a aproximação às esferas técnicas e humanas da prática da educação em saúde. Esta é uma ferramenta da promoção em saúde, e não deve ser reduzida a transmissão de informações, envolve apoio e troca em um modelo horizontal entre profissional e usuário, na instrumentalização da educação em saúde, além da compreensão do caso, sendo imprescindível a associação dessa prática à comunicação, informação, educação e escuta qualificada.

Diante do exposto, justifico o interesse em desenvolver este projeto de pesquisa visto que a atuação fonoaudiológica nos serviços de saúde pública é ampla e perpassa por todos os níveis de atenção em saúde, e o processo do cuidado em saúde é feito por todos os profissionais que atuam com a pessoa idosa. Logo, a sistematização deste monitoramento em saúde permite que o profissional de fonoaudiologia conheça e compreenda as demandas, elaborando estratégias de atenção integral com práticas de cuidado voltadas a redução de internações geradas pelas fragilidades de apoio.

Assim, pretende-se aqui explorar as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores de pessoas idosas, para a oferta segura do alimento em domicílio, após a alta hospitalar. A identificação desses elementos possibilita intervenções como a criação de tecnologias educacionais para orientação e apoio a esses cuidadores, para que possam prestar cuidado a população idosa, reduzindo os riscos e consequências negativas diante da oferta insegura do alimento.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma característica global que traz consigo desafios significativos para os indivíduos, famílias, sociedade e governos. O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de natalidade estão levando ao envelhecimento da população em muitos países, incluindo o Brasil (IBGE, 2022). Essa tendência tem implicações significativas na assistência à pessoa idosa, em diversas áreas da sociedade e requer uma abordagem abrangente para enfrentar os desafios que surgem com o envelhecimento da população.

A assistência à pessoa idosa com alteração de deglutição no domicílio e seu impacto nos familiares que cuidam, de fato é desafiador, especialmente quando os cuidadores não estão devidamente preparados. Portanto, é fundamental uma equipe de saúde que reconheça a importância de envolver os cuidadores desde o início do processo da internação até o momento da alta hospitalar, entendendo como é lidar com as necessidades específicas da pessoa idosa com disfagia.

A disfagia orofaríngea (DOF), frequentemente encontrada em pessoas idosas, torna-se também um fator agravante para o declínio nutricional. A DOF é uma condição que se refere ao transtorno nas fases preparatória, oral e/ou faríngea da deglutição, cujos sinais e sintomas incluem engasgo, tosse, sensação de alimento parado na garganta, perda de peso, além de contribuir para aumentar a morbimortalidade e casos de reinternação hospitalar por broncoaspiração. Para além, pode repercutir na qualidade de vida das pessoas atingidas, principalmente idosos, podendo provocar desidratação, desnutrição, asfixia, congestão pulmonar e infecções recorrentes no trato respiratório (PERNAMBUCO et al, 2019).

Tais situações podem ser encontradas em pessoas idosas hospitalizadas, elevando o risco de agravos, o tempo de internação e, conseqüentemente, os custos com o cuidado em saúde. Os engasgos, tosses e/ou pigarros que acometem pessoas idosas durante o processo de internação podem ter relação com a entrada de saliva, alimento ou corpo estranho na laringe, causando sensação de sufocamento, com dor local e reflexo de tosse. Essas repercussões na deglutição da pessoa idosa ocorrem pela modificação do sistema sensório-motor devido as questões fisiológicas e/ou patológicas, deixando-as em risco para esse quadro (BENZECRY et al., 2020; COUTTS et al., 2020).

Assim, um dos desafios enfrentados na alta hospitalar dessas pessoas, principalmente quando em situação de fragilidade, com comprometimento da deglutição e dependências funcionais, está em receber uma alimentação de forma adequada, garantindo a segurança na continuação do cuidado e reduzindo complicações da broncoaspiração/reinternação. Portanto, é importante que, assim como seus cuidadores, sejam orientados e treinados por profissionais de saúde ainda durante o internamento, sobre a oferta do alimento de forma segura para evitar eventos como desnutrição, desidratação, broncoaspiração.

Sobre isso, um estudo identificou que 93% das pessoas idosas hospitalizadas estavam desnutridas ou em risco de desnutrição, e o sintoma referido pela maioria foi o engasgo após deglutir (32,1%), seguido de pigarro após deglutir (21,4%). Deixar de comer por dificuldade de deglutir acometeu 21,4% das participantes. Para os autores, o resultado justifica-se pela ausência da valorização dos sintomas, por considerarem algo normal do envelhecimento (TRAVASSOS et al., 2019).

Contudo, as dificuldades de deglutição acometem 16% a 22% da população acima de 50 anos, e nem sempre são diagnosticadas por profissionais especializados, relacionando-se à redução da capacidade funcional, ao processo de envelhecimento e à carga de afecções crônicas (FERNANDES et al., 2019).

Conseqüentemente no período de internação, estas pessoas passam por fatores que influenciam o seu estado nutricional, sendo a disfagia um sintoma de características complexas que pode ser intensificada pelos efeitos fisiológicos do envelhecimento e surge a partir de agravos e patologias neurológicas ou mecânicas (BENZECRY et al., 2020).

Desse modo, o processo de hospitalização para a pessoa idosa é um evento complexo e peculiar que afasta o sujeito do seu meio social e familiar, além de afetar sua dependência e autonomia, podendo influenciar, ainda, o seu estado nutricional. Os impactos nutricionais provocados pela hospitalização, devido a fatores como diminuição na ingestão alimentar, alteração do paladar e da deglutição, presença de patologias incapacitantes, isolamento social, alterações do estado de saúde, uso de medicamentos e seus efeitos, entre outros, afetam a condição física e emocional da pessoa idosa, elevando o risco de desnutrição, por este motivo avaliação por um

profissional habilitado se faz necessário nesse ambiente (BENZECRY et al., 2020; PERNANBUCO et al, 2019).

A intervenção precoce para o diagnóstico da disfagia e prevenção de suas complicações contribui em melhores resultados para a pessoa idosa hospitalizada, sendo importante também contar com uma rede de apoio formal específica sempre que necessário. Entretanto, atualmente, a carência do profissional da fonoaudiologia nos diversos níveis de atenção à saúde deve-se ao reflexo da má distribuição dos recursos humanos. Este profissional possibilitaria diminuir o fluxo da atenção secundária e terciária, contribuindo na organização da rede de saúde na atenção primária. Porém, os recursos humanos e/ou orçamentários são insuficientes, principalmente aqueles destinados à área da saúde, ocasionando impacto negativamente para a comunidade, assim como, a dificuldade para acessar os serviços, além do conhecimento restrito sobre as possíveis atuações desses profissionais (NASCIMENTO et al., 2018; GUCKERT et al., 2020).

Por isso, é importante que as pessoas idosas que saem de alta para o domicílio, já fragilizadas pelo processo da doença e pelo período de internação e suas complicações associadas, estejam acompanhadas por profissionais da fonoaudiologia especializados com intuito de assegurar e minimizar as sequelas da disfagia. Esse acompanhamento, que inclui ainda os cuidadores, deve se iniciar desde o momento da internação, com preparo das pessoas envolvidas para o retorno ao domicílio, envolvendo avaliações, orientações e treinamento.

A assistência e o tratamento a pessoa idosa não ocorrem somente por uma categoria profissional, tampouco pelo cuidador, mas pelo trabalho multiprofissional que dever ser desenvolvido em conjunto com este, agregando-se conhecimento de forma horizontal, visando assim, intervir ativamente com foco na melhora do cuidado (XAVIERL et al., 2021). Autores abordam que a transição do cuidado do hospital ao domicílio ocorre em um contexto que inclui a pessoa dependente, seus familiares e cuidadores, os profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência. Portanto, é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, com experiências e habilidades distintas (BENZECRY et al., 2020; XAVIERL et al., 2021).

Quando essas pessoas são devidamente acompanhadas, podem adquirir maestria para esse cuidado, conforme Meleis (2010) descreve em sua Teoria das Transições. Para essa enfermeira, intervenções e estratégias podem proporcionar um processo de transição saudável, com melhoria na qualidade de vida e redução do risco potencial que a experiência de uma transição insegura pode colocar sobre elas. No trabalho em tela a maestria dos cuidadores refere-se à oferta segura do alimento.

O cuidador é um elemento importante, pois irá trabalhar no desenvolvimento de estratégias para assegurar uma forma de oferta segura do alimento para a pessoa idosa com dependência funcional. Nesse contexto, são atores sociais que podem adquirir conhecimentos e competências para desempenhar um papel de extrema importância na assistência as pessoas idosas. Observa-se na prática clínica que o cuidador que será responsável, seja ele familiar ou não, frequentemente não está preparado para assumir o cuidado da pessoa idosa após retorno domiciliar sem que haja apoio e suporte nas responsabilidades que lhes são postas, visto que se deparam com situações inesperadas e precisam ser orientados devidamente para assumir suas tarefas (FERNANDA et al., 2020).

Sobre esse acompanhamento, o telemonitoramento tem sido uma ferramenta de uso cada vez mais frequente, especialmente para a pessoa idosa, familiares e cuidadores que recebem orientações e se sentem mais seguros para dar continuidade ao cuidado (CAETANO et al, 2020). Este recurso permite monitoramento à distância possibilitando o acesso às informações sobre a saúde, coleta de dados clínicos, transmissão de conhecimento de forma horizontal, processamento e manejo pelo profissional de saúde (PETERMANN; MIOLO; KOCOUREK, 2020).

Diante do contexto apresentado, esse estudo procura responder à questão de pesquisa: Quais as estratégias de cuidadores durante a transição do cuidado hospital-domicílio para a oferta do alimento a pessoas idosas com alterações da deglutição?

Para responder à questão de investigação, essa pesquisa tem como objetivo:

1. Conhecer as estratégias de cuidadores durante a transição do cuidado hospital-domicílio para a oferta do alimento a pessoas idosas com alterações da deglutição.

Nesse trabalho, serão considerados cuidadores informais de pessoas idosas que na maioria são assumidos por seus familiares. Sabe-se que o cuidado no domicílio

proporciona vivência familiar, proteção e apoio, elementos necessários para a continuidade segura do cuidado (VIEIRA et al., 2011). Interessante pontuar que a Política Nacional do Idoso (PNI) apresenta como pressuposto, a permanência da pessoa idosa com sua família, porém esta seguridade é possível quando se tem recursos, infraestrutura e apoio (BRASIL, 1996).

Na realização da pesquisa foi trabalhada a transição do cuidado hospital-domicílio, quando o cuidado passa dos profissionais de saúde para os cuidadores, nem sempre capacitados para a oferta segura do alimento.

Esse estudo se justifica pela atualidade e relevância do tema, diante da necessidade de readaptação de serviços, ações, estratégias e novas diretrizes a serem seguidas durante a transição do hospital ao domicílio, a fim de contemplar as necessidades que se apresentam no cotidiano dos serviços e da vida da população idosa. E, ao conhecer poderá ter um diagnóstico sobre custos para saúde das complicações advindas da disfagia, assim como, identificar os motivos que levou a rehospitalização ou a causa do quadro de infecção respiratória da pessoa idosa, entendendo o aumento do consumo dos serviços de saúde, questões econômicas e culturais sobre alimentação dessa população.

A pesquisa provocará e possibilitará no desenvolvimento de novas pactuações entre as redes de atenção à saúde, a fim de transformar a realidade de pessoas idosas hospitalizadas com diagnóstico de disfagia que se encontram em transição para o domicílio e seus cuidadores responsáveis, propor ações amplas para favorecer alimentação segura, bem como, reabilitação com suporte dimensionado as realidades apresentadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO E AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO NO ENVELHECIMENTO

O sistema estomatognático é composto por ossos, músculos mastigatórios, articulações, dentes, lábios, língua, bochechas, glândulas, veias e nervos que atuam de forma conjunta, equilibrada e controlada pelo sistema nervoso central, realizando as funções estomatognáticas: sucção, respiração, deglutição, fala e mastigação. Qualquer modificação anatômica ou funcional específica, pode levar a desequilíbrios e vários tipos de alterações, dentre elas a disfagia (RECH et al., 2018; STREICHER, 2018; YOSHIMI et al., 2018; NAMIKI et al., 2019).

O ato de deglutir pode-se tornar mais vulnerável para a pessoa idosa, devido aos distúrbios causados por pequenas alterações de saúde, como infecções de vias aéreas superiores, ou pela diminuição da coordenação, do controle neuromuscular, alteração do tônus muscular e rigidez de articulações e cartilagens envolvidas na deglutição (SATAKE et al., 2019). Essas mudanças podem comprometer os órgãos fonoarticulatórios e, por consequência, modificarem as funções orofaciais mastigação, deglutição e fala (RECH et al., 2018).

A deglutição é considerada uma atividade sensório-motora complexa, contínua e sincronizada que transfere a saliva e o bolo alimentar da cavidade oral para o estômago, através de uma relação hierárquica entre o córtex cerebral, o centro de deglutição do tronco encefálico e os nervos cranianos V (trigêmeo), VII (facial), IX (glossofaríngeo), X (vago) e XII (hipoglosso) (COSTA et al., 2018).

A prevalência de disfagia na população geriátrica é de 10% em pessoas hospitalizadas e de 30 a 60% naquelas em programas de acompanhamento domiciliar (MENEZES et al., 2019). A disfagia entre idosos é frequentemente negligenciada e tardiamente identificada, sendo associada, muitas vezes, ao processo da senescência atrasando as investigações (MANEIRA et al., 2018; TRAVASSOS et al., 2019).

Autores pontuam que as principais dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas para deglutição são: redução da sensibilidade gustativa e da percepção da viscosidade do alimento, gerando uma cadeia de enfraquecimento da musculatura lingual que ajuda na propulsão do bolo alimentar, lentificação no início da resposta faríngea para deglutir,

assim como, na elevação do osso hioide e alterações na eficiência da deglutição por presença de resíduos orofaríngeos, com sinais de penetração/aspiração laringotraqueal que promovem inapetência, sendo um dos grandes responsáveis pela deterioração do estado de saúde dessas pessoas (STREICHER et al., 2018; CAMPOS et al., 2022).

Sabe-se, que as perdas dentárias ou próteses dentárias mal adaptadas pode dificultar a mastigação adequada dos alimentos, levando a uma ingestão insuficiente de nutrientes essenciais, o que pode resultar em desnutrição e fraqueza. Assim como, ausências dos dentes ou o uso de uma prótese dentária mal adaptada, acarreta desordem orgânica por problemas digestivos decorrentes da dificuldade de mastigação e má ingestão do bolo alimentar, podendo proporcionar ainda broncoaspiração do conteúdo alimentar, por deficiência do preparo do bolo alimentar de forma coesa (CARDOSO et al., 2010).

Isso pode levar a uma dieta restrita a alimentos mais macios e processados, que geralmente são menos nutritivos e podem conter mais açúcares e gorduras (CARDOSO et al., 2010). Portanto, que a presença de dentes sadios ou próteses dentárias bem adaptadas possibilita qualidade de vida e saúde, por proporcionar uma boa ingestão dos nutrientes presentes nos alimentos.

2.2 DISFAGIA OROFARÍNGEA NA PESSOA IDOSA: CONCEITO, CLASSIFICAÇÃO, SINAIS E SINTOMAS

A etiologia do termo disfagia vem do grego e significa dificuldade (dis) ao engolir (phagia) (SILVA et al., 2019). O conceito designado para disfagia orofaríngea (DOF) foi referido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2016) como uma alteração em qualquer fase ou entre as fases da deglutição, de origem congênita ou adquirida, podendo gerar prejuízo pulmonar, nutricional e social (SILVA et al., 2019).

A deglutição é dividida em quatro fases conforme se observa no quadro 1:

Quadro 1. Descrição das fases da deglutição.

1	Fase preparatória	O estágio preparatório é a mastigação com três fases iniciadas com a incisão, trituração e pulverização. Nesta fase, a mistura do bolo com a saliva gera durante essa atividade, a participação das estruturas de lábios, bochechas e a língua devem manter o alimento contido na cavidade oral, prevenindo escapes. O bolo é posicionado entre a língua e o palato duro antes de iniciar a deglutição voluntária.
2	Fase oral	A fase oral é voluntária, e começa com a propulsão posterior do bolo pela língua, terminando com a produção de uma deglutição, através da transferência do bolo alimentar da cavidade oral para orofaringe. O

		início da deglutição do bolo alimentar ou líquido é feito pelo controle voluntário, lembrando que as fases finais são involuntárias.
3	Fase faríngea	A fase faríngea tem duração de aproximadamente um segundo e começa com a produção de uma deglutição, com elevação do palato mole para fechar a nasofaringe. Nesta fase ocorre a contração peristáltica dos constritores faríngeos, e assim, ocorre a propulsão do bolo para faringe. Simultaneamente, a laringe realiza o mecanismo de fechamento para proteger a via aérea.
4	Fase esofágica	A fase esofágica é uma onda peristáltica automática que conduz o bolo alimentar para o estômago. Após a passagem do bolo pelo esôfago, a laringe retorna para a sua posição normal e o tônus muscular do esfíncter esofágico aumenta, prevenindo a regurgitação do alimento. O tempo necessário para essa fase pode durar aproximadamente de 8 a 20 segundos.

Fonte: Marchesan (2008) e Jotz e Dornelles (2010)

De forma didática, a disfagia é tradicionalmente classificada como orofaríngea ou esofágica, podendo ser classificada com base na localização da deficiência da deglutição. Portanto, a disfagia orofaríngea é a incapacidade de iniciar a deglutição ou de transferir alimentos da boca para o esôfago superior; já a disfagia esofágica é a impossibilidade da passagem do alimento através do esôfago tubular, uma vez que este passou com sucesso para o esôfago proximal (MANEIRA et al., 2018; TRAVASSOS et al., 2019).

O quadro 2 demonstra as principais causas da disfagia orofaríngea, descritas por Cook e Kahrilas (1999).

Quadro 2. Causas de disfagia orofaríngea

1	IATROGÊNICAS	- Efeitos adversos aos medicamentos (neurolépticos, anticolinérgicos, etc); - Pós-cirúrgicos; - Radioterapia; - Traqueostomia para ventilação mecânica.
2	INFECCIOSAS	- Difteria Botulismo; - Doença de Lyme; - Mucosite (herpes, citomegalovírus, cândida).
3	METABÓLICAS	- Amiloidose; - Síndrome de Cushing Tireotoxicose; - Doença de Wilson.
4	MIOPÁTICAS	- Doenças do tecido conectivo dermatomiosite; - Miastenia gravis; - Distrofia Miotônica; - Poliomiosite Sarcoidose; - Síndromes paraneoplásicas.
5	NEUROLÓGICAS	- Tumores de sistema nervoso central; - Trauma cranioencefálico; - Acidentes vasculares encefálicos; - Paralisia cerebral; - Síndrome de Guillain-Barré;

		<ul style="list-style-type: none"> - Doença de Huntington; - Esclerose múltipla; - Poliomielite; - Discinesia tardia; - Encefalopatias metabólicas; - Esclerose lateral amiotrófica; - Doença de Parkinson; - Demência.
6	ESTRUTURAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Divertículo de Zencker; - Membranas cervicais; - Tumores de orofaringe; - Osteófitos congênitos.

Fonte: Adaptado de Cook e Kahrilas (1999).

Sabe-se que a deglutição é um ato motor complexo e, ao sofrer interferências em algumas de suas etapas, ocasiona a disfagia. Os principais sinais e sintomas que podem se manifestar são: dificuldade em administrar secreções, escape extraoral de saliva, retardo na deglutição, tosse ou engasgo, mudança na voz (voz molhada), deglutições múltiplas, dispneia durante as refeições, odinofagia, perda de peso, desidratação, desnutrição, regurgitação nasal ou esofágica e sensação de corpo estranho na faringe (globus faríngeo) ou na parte superior da laringe (MANEIRA et al., 2018).

Como já mencionado, a DOF também afeta negativamente o funcionamento da qualidade de vida relacionada à saúde, coloca uma carga social e psicológica considerável sobre o indivíduo e têm alta morbidade, mortalidade e custo aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2019).

Portanto, impacta de forma direta na vida da pessoa idosa, promovendo mudanças no processo de socialização e autoestima. Essa dificuldade limita a sensação de prazer que o ato de se alimentar proporciona e promove impacto negativo na sua qualidade de vida podendo acarretar, ainda, rehospitalizações pelas suas complicações quando não tratada ou acompanhada.

2.3 (RE) SIGNIFICAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS PARA SEGURANÇA NA OFERTA DO ALIMENTO

Sobre a transição do cuidado entre a hospitalização e a adaptação no domicílio, entende-se como algo que deve ser planejado pelos envolvidos, tendo como propósito manter e assegurar a continuidade dos cuidados de maneira efetiva e segura (VERAS et al, 2018). Esta ação envolve a participação e educação do paciente, família e/ou cuidador, com integração do serviço de saúde, respeitando o perfil de cada indivíduo, a

fim de promover a mudança segura entre os níveis de cuidado (OHTA et al., 2018). Segundo Ferreira (2020), transição origina-se do latim *transitióne*, e significa trajeto, ato ou efeito de transitar, passar de um lugar, assunto ou estado para o outro.

Todos os profissionais envolvidos no processo de transição devem orientar e, se possível/necessário, encaminhar o indivíduo para os serviços de saúde com o propósito de facilitar a recuperação, reabilitação e prevenção de novos agravos, assim como reduzir reinternações (VERAS et al, 2018). Quando o cuidado de transição é bem implementado, este promove a continuidade do tratamento da pessoa idosa em domicílio de forma segura, oferecendo o suporte necessário a essa mudança para evitar eventos adversos (VERAS et al, 2018).

O processo de transição pode significar para o indivíduo e familiares um momento estressor, com sentimentos desagradáveis, como incertezas, desequilíbrio, desorientação, irritabilidade, ansiedade, depressão, conflitos interpessoais, mudança no estado de saúde e autoconceito, perda de conexão com a rede social e sistema de apoio habituais, perda de objetos ou referências familiares. Dessa forma, o apoio é importante pois esse processo exige novas decisões, conhecimentos e comportamentos para adaptação a um novo contexto (VERAS et al., 2018).

Todo e qualquer momento de transição enfrentado pelo ser humano, envolve processos psicológicos que podem ser positivos ou negativos, tornando a adaptação mais fácil ou penosa. Conforme Meleis (2010), a exposição a respostas negativas afeta diretamente o bem-estar, e este indivíduo precisará de suporte para superar as dificuldades e assim, buscar mecanismos para facilitar sua nova adaptação.

O indivíduo mais vulnerável no processo de transição do cuidado é a pessoa idosa devido ao risco de piora do estado de saúde. Quando submetido ao cuidado fragmentado e fragilizado, idosos, familiares/cuidadores sentem-se despreparados para seguir com os cuidados em domicílio, e este pode ser um fator para reinternação (VERAS et al., 2018).

Estudo realizado por Teixeira et al (2017) mostrou que pessoas idosas são mais susceptíveis a reinternação, devido ao apoio insuficiente dos serviços de saúde, presença de multimorbidades, mudança de ambiente, polifarmácia, idade avançada, depressão, redução da capacidade funcional, baixa autoestima, falta de adesão ao tratamento da disfagia. Entretanto, períodos de instabilidade para a oferta segura do alimento a pessoas

idosas com alterações da deglutição podem ocorrer no ambiente domiciliar, e as repercussões podem se manifestar de forma sutil, como por exemplo, ao ofertar o alimento a pessoa idosa, o sinal de tosse após à deglutição seja ignorado e, com o passar do tempo, este fator leve a uma nova internação devido a condição de broncoaspiração (FOURNY BARÃO et al, 2021; CAMPOS et al., 2022).

Ao tratar-se do processo de transição ao domicílio, os serviços de saúde em seus determinados níveis de atenção devem garantir a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta. O planejamento da alta hospitalar e o acompanhamento durante um período após, até a adaptação no domicílio, está inserido na transição para a continuidade do cuidado, diminuindo o risco de readmissões hospitalares (SON; YOU, 2015). No Brasil exista uma rede de atenção à saúde, ainda fragilizada devido à ausência de comunicação efetiva, implicando na continuidade do cuidado fragmentada (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

2.4 A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS COMO SUPORTE PARA O CUIDADO NA ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA

O termo transição relacionado ao cuidado, surgiu na década de 60. Em 1985, surge a Teoria das Transições como um conceito, elaborado pelas enfermeiras Afaf Ibrahim Meleis e Norma Chick. Entende-se que a Teoria das Transições teve sua origem a partir de questionamentos sobre a natureza das transições nas experiências humanas (MELEIS, et al. 2000).

A Teoria da Transição de Afaf Meleis é considerada de médio alcance que aborda determinado aspecto ou fenômeno social, pois permite desenhar uma estrutura que visa descrever, compreender, interpretar e explicar os fenômenos que acontecem no momento da transição, principalmente daqueles que experienciam a transição hospital-domicílio (MELEIS, 2013). Esta teoria permite desenvolver intervenções de cuidado eficazes, mesmo antes da situação de mudança na vida do indivíduo, todavia, é desafiante para os profissionais de saúde proporcionarem transições saudáveis, devido a singularidade de cada pessoa, necessitando prosseguir com novas competências e funções (MELEIS, 2010; COSTA et al., 2016). Sendo assim, essa teoria fornece subsídios aos profissionais de saúde para compreender, avaliar, intervir e facilitar a continuidade do cuidado, norteando os cuidadores de pessoas idosas (SON; YOU, 2015).

As transições são complexas e multidisciplinares, e o seu envolvimento é caracterizado pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, responsável por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, levando a mudanças nos estilos de vida que se manifestam em todos os indivíduos (MELEIS, SAWYER, IM, MESSIAS & SCHUMACHER (2010); IM (2010).

Meleis (2010) afirma que mudanças ocasionadas na saúde de qualquer indivíduo alteram o autocuidado, sendo necessário adaptações ao novo estado de saúde (SON; YOU, 2015). Quanto exposto a essa condição, o sujeito acaba vivenciando período não saudável, demandando de atuação de profissionais que ajudem a transpor as dificuldades nesse momento.

Nessa perspectiva, coloca-se aqui o papel do cuidador que, muitas vezes de forma inesperada, assume cuidados de pessoas com dependência funcional, exigindo reorganização do cotidiano e novas articulações para o cuidado a pessoa idosa, especialmente cuidadores informais, que passam por situações estressantes ao se tornar o cuidador principal. O cuidador informal é aquele que desempenha o papel não profissional sem receber remuneração, este pode ser membro da família, amigos ou vizinhos. Por não ter ou receber preparo para cuidar da pessoa idosa, o cuidado é adquirido na prática diária (VIEIRA et al., 2011).

Portanto, o processo de transição é peculiar e singular para cada pessoa, sendo influenciado por diversos fatores como: percepção, disposição, experiências anteriores, recursos pessoais e o significado atribuído as mudanças (MELEIS, TRANGENSTEIN; 2010).

A classificação também pode ser feita através do comportamento individual diante do processo. Transições saudáveis são aquelas onde o sujeito consegue ter o domínio sobre a mudança, adequando-se a nova realidade com maestria, de forma satisfatória, por outro lado, transições insalubres também conhecidas como ineficazes, ocorrem geralmente quando a pessoa apresenta resistência a mudança e não aceita novas orientações, colocando-se em situação de vulnerabilidade. Para além, também podem ocorrer quando outros aspectos relacionados à pessoa, sua comunidade ou à sociedade são desfavoráveis (MELEIS 2010).

O uso da teoria das transições para fundamentar as ações dos profissionais de saúde, ajudará a equipe de fonoaudiologia a compreender a transição como um todo e planejar o cuidado de forma holística.

A figura 1, descreve a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de médio alcance da autora Meleis (2010).

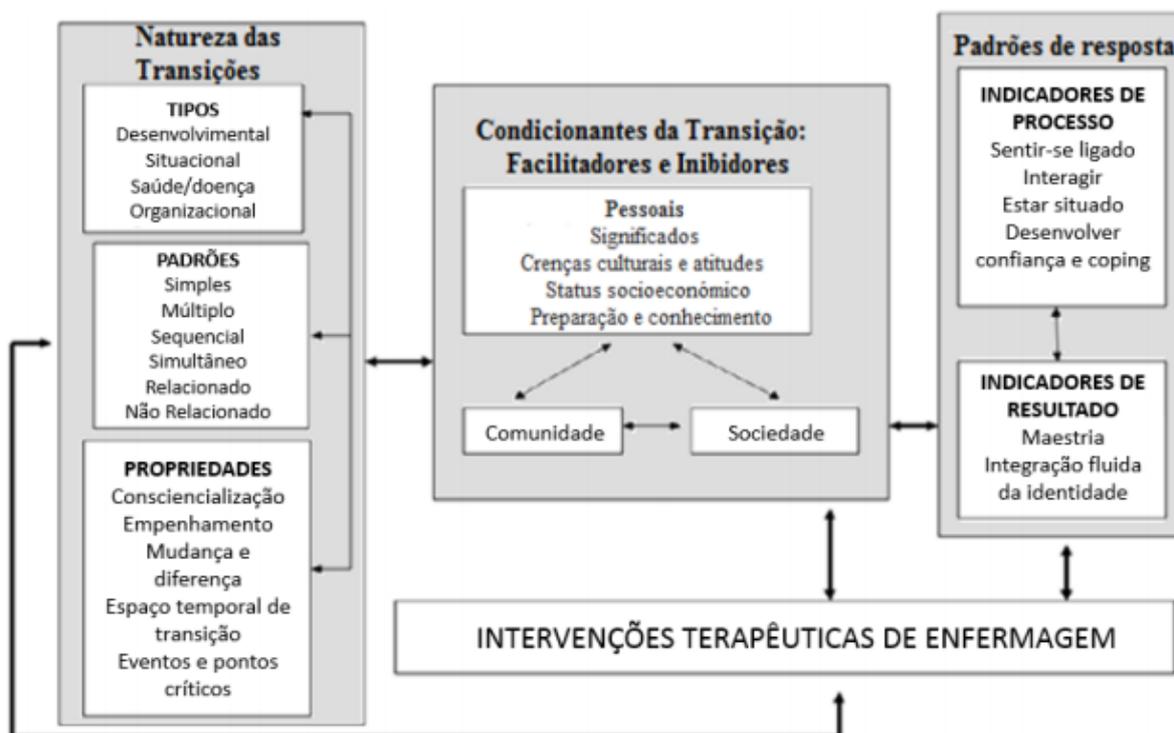


Figura 1: Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance [Traduzido]
Fonte: MELEIS, A.I.; 2010.

A temporalidade também faz parte da caracterização da transição, uma vez que esta possui início, meio e fim, ou seja, inicia-se com o evento desestabilizador, passa pela fase de instabilidade, confusão e estresse, até atingir novamente um ponto de estabilidade (MELEIS, SAYWER, IN; 2000).

De acordo com a figura 1, observa-se o esquema representativo da teoria enunciada, onde estão representados a natureza das transições, seus condicionantes e os padrões de resposta, mostrando que o cuidado transicional de enfermagem abrange todos os momentos. Esta teoria, entretanto, tem ampla aplicação e pode ser implementada também na prática fonoaudiológica como base teórica de cuidados. A teoria de Alfaf Meleis está apoiada em três constructos basilares: a natureza da transição, as condições de transição, os padrões de resposta e os indicadores de resultado, como a maestria da pessoa para lidar com a situação (GHENO et al., 2021).

De forma sucinta, podemos referir que a natureza das *transições de desenvolvimento* está relacionada a mudança nos ciclos de vida, isso inclui indivíduos que passam pelo processo de envelhecimento, por exemplo. As *situacionais* estão relacionadas aos acontecimentos que implicam em alterações de papéis, a exemplo quando o familiar próximo à pessoa idosa passa ser o cuidador informal principal, necessitando se apropriar de conhecimentos e habilidades que nem sempre detinham anteriormente. Esse tipo de transição será o explorado nesse trabalho. Às *transições de saúde-doença* incluem mudanças repentinas de papel, principalmente quando ocorre alteração no estado de bem-estar para adoecimento por exemplo, o momento em que a pessoa idosa passa por complicações decorrentes do processo de adoecimento que repercutir na deglutição, demandando do apoio de um cuidador. As *organizacionais* ocorrem no contexto ambiental dos cuidadores e são geradas a partir de mudanças a nível do contexto social, político, econômico ou intra-organizacional, exemplo, quando o cuidador passa ser mantenedor da pessoa idosa de forma exclusiva, gerando uma sobrecarga que pode prejudicar e interferir na prestação do cuidado de forma integral (GHENO et al., 2021).

Quanto aos padrões, e por se apresentarem de diferentes formas, vale ressaltar que o indivíduo pode estar envolvido em um ou mais processos de transição ao mesmo tempo. A transição pode ser *única ou múltipla*, e no caso do cuidador da pessoa idosa, para oferta do alimento de forma segura, inúmeros processos ocorrem como a mudança de papéis, aquisição de novos conhecimento e habilidades, alterações de rotinas em ambos, entre outros. Quanto *sequencial ou simultânea*, ocorrem em intervalos de tempo distintos que depende de cada pessoa e o seu contexto de vida, em geral, a transição torna-se complexa pela multiplicidade e por sempre ser precedidas de evento causador da desordem (MELEIS, SAYWER, IN; 2000). Exemplo o cuidador que não consegue adequar a consistência adequada para ofertar ao idoso, ou o idoso que recusa adaptação. Sobre o padrão *relacionado e não relacionado*, o cuidador que assume o cuidado de uma pessoa idosa com algum grau de dependência, principalmente que apresentam demanda para oferta de alimento por via oral, precisa estar bem orientado e preparado para oferta do alimento, evitando prejuízos à saúde, e risco de reinternações (VIEIRA et al., 2011).

O grau de dependência do idoso influenciará diretamente no cuidador domiciliar, pois a dependência para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs) como, por exemplo, a

alimentação, determina a necessidade de um cuidador que se disponibilize a ajudar no momento da oferta do alimento, e a falta de preparo pode trazer consequências, visto que cada indivíduo apresenta um tempo, ritmo para se alimentar e, quando feito de forma acelerada, poderá implicar em consequências como a broncoaspiração (VIEIRA et al., 2011).

A transição insalubre ou ineficaz trata-se da insuficiência do papel do cuidador, quando este apresenta dificuldade para desempenhar um papel seguro neste cuidado, visto que a condição pessoal, social, econômica, a falta de instrução e/ou orientação durante o internamento, e a dificuldade do acompanhamento após a alta hospitalar, geram repercussões desfavoráveis para o idoso e seu cuidador. Além disso, a falta de estrutura no domicílio também é considerada um estressor para o cuidador, pois o ambiente, quando não adaptado, também influencia a prestação do cuidado (MELEIS 2010; GHENO et al., 2021).

Em relação às naturezas, a **consciencialização** ocorre quando o cuidador responsável conhece, percebe e reconhece a situação, e, dessa forma, se adapta melhor ao processo, estando mais aberto às novas experiências. Além disso, a aquisição desta **consciência** permite envolver e conscientizar das mudanças que o cuidador responsável pode passar, sendo elas, físicas, mentais, emocionais, sociais e ambientais (MELEIS, 2000).

Ainda sobre as naturezas **compromisso, mudança e diferença, pontos críticos e eventos**, são compreendidas, de forma a identificar os efeitos, seus significados, assim como mudanças na temporalidade, gravidade, expectativas pessoais, familiares e sociais. Ressaltando que alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas são mudanças que estão relacionadas a eventos críticos ou desequilibrados (MELEIS, 2000), a exemplo quando a pessoa idosa, por exemplo, passa a recusar o alimento, devido a uma adaptação de consistência alimentar. Essa situação pode gerar stress em seu organismo devido à baixa ingestão de nutrientes, e seu cuidador pode sentir-se inseguro e sobrecarregado na prestação do cuidado. De acordo com Meleis (2000), pontos críticos devem ser vistos pelos profissionais de saúde com atenção, conhecimento e experiência, pois correspondem a fatores de vulnerabilidade para os indivíduos envolvidos no processo de transição, levando a dificuldades para o desempenho do cuidado e do autocuidado.

Sobre as condições da transição, no que diz respeito ao aspecto *peçoal*, busca-se compreender as vivências dos indivíduos, conhecendo os condicionantes pessoais, da sociedade e comunidade, visto que estes podem dificultar ou facilitar o alcance de uma transição saudável, com o domínio de novas habilidades. Os *significados* são identificados como neutros, positivos ou negativos, que desencadeiam uma transição, podendo ser fruto das escolhas do cuidador/idoso que surgem inesperadamente podendo ter algum grau de intencionalidade. *Crenças e atitudes culturais* são fatores que podem influenciar na expressão de emoções relacionadas a transição. Sobre o *nível socioeconômico* está relacionado ao contexto de vulnerabilidade, que pode gerar sintomas psicológicos e fatos que dificultam a transição, como exemplo, coloca-se a situação de pessoas que retornam aos seus domicílios com indicação do uso de espessante alimentício para engrossar líquidos e, assim, evitar as complicações da disfagia. Tal recurso é um gasto a mais que será implementado no cuidado, podendo gerar dificuldade no processo transicional. A *preparação* e o *reconhecimento* podem ser facilitadores na experiência de transição, ou inibidores. Segundo Meleis (2000), ambos podem ser usados como estratégias que auxiliam na gestão da situação e vivência de uma transição saudável.

Os *padrões de resposta* podem determinar se o processo para transição hospital-domicílio está ocorrendo de forma fluida e saudável ou não, podendo ocorrer por meio dos *indicadores de processos e de resultados*. O primeiro indicador é importante por permitir a identificação do indivíduo e sua vivência na transição na direção da saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos, compreendendo a relevante participação das redes de apoio (família, cuidador, amigos, vizinhos, profissionais de saúde) (MELEIS, 2000). Os *indicadores de resultado* correspondem a um parâmetro que mede a diferença entre o esperado e a situação alcançada. Este permite identificar o final da transição, avaliar o domínio de novas competências para cumprir a transição com sucesso, e, como exemplo, pontua-se o momento em que o cuidador conseguiu absorver as informações, tirar suas dúvidas e adquirir habilidades para a continuidade do cuidado. Esses indicadores podem ser observados após a alta hospitalar, em domicílio, a partir do telemonitoramento (GHENO et al., 2021).

Portanto, ao aplicar a Teoria de Meleis, pretende-se observar os condicionantes para a transição desse cuidador para oferta do alimento de forma segura, evitando assim,

o risco de novas hospitalizações. Compreender e esclarecer as dúvidas em relação à conduta com a pessoa idosa, possibilita melhor comunicação das partes envolvidas e, simultaneamente, maior segurança no cuidado.

Todo o processo de transição é vivenciado de maneira diferenciada, apesar de constituir nas mesmas propriedades que se inter-relacionam em seus dinamismos e complexidades. Ao longo do processo da vida, a pessoa passa por mudanças que podem ser marcadas por alterações de um estado para o outro.

Articulando a teoria de Afaf Meleis para o objeto do estudo, as transições saudáveis são consideradas quando o cuidador alcança o ideal da oferta segura do alimento, evitando assim complicações. Sabe-se que a alimentação tem uma importância fundamental na relação da pessoa idosa com a sua família e, quando há um impedimento ou dificuldade para deglutir o alimento de forma segura, isso pode influenciar negativamente a saúde e o emocional das pessoas envolvidas e o ambiente familiar (MELEIS 2010; GHENO et al., 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa qualitativa parte da premissa da compreensão dos valores, crenças, hábitos atitudes, representações e opiniões, buscando interpretar determinados comportamentos, considerando analisar os fatos e fenômenos a partir das histórias, subjetividades e particularidades de determinados indivíduos (MINAYO, 2017). Assim, permite maior envolvimento com a pessoa, buscando construir o universo de significados com os participantes do estudo, aproximando o conhecimento do ambiente e da situação investigada.

Quanto à pesquisa descritiva, busca caracterizar determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática. Já a pesquisa exploratória busca descrever, esclarecer e modificar conceitos e ideias, possibilitando uma visão geral de determinado fato (MINAYO, 2017). O estudo seguiu as recomendações do guia de critérios Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (SOUZA et al., 2021).

O estudo vincula-se ao projeto matriz intitulado: **Cuidado transicional hospital-domicílio a pessoas adultas e idosas**, com o Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI) vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF).

Este é um projeto de pesquisa e extensão, realizado por uma equipe composta por docentes, graduandos, pós-graduandos e profissionais de saúde, desenvolvido no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES-UFBA) desde 2019. Surgiu a partir da necessidade de conhecer como se configura o planejamento e a implementação do cuidado de transição hospital - domicílio executado pelas enfermeiras à pessoa idosa hospitalizada com doença arterial coronariana, baseando-se na Teoria de Afaf Meleis (MELEIS, et al. 2000).

A partir de leituras e discussões no PPGENF, o projeto surgiu partindo do pressuposto de que o cuidado transicional hospital-domicílio, quando implementado ainda durante o internamento, permite apoiar as pessoas com algum grau de dependência funcional e, principalmente, seus familiares responsáveis/cuidadores domiciliares,

dando segurança e tranquilidade para a continuidade de cuidados básicos, favorecendo a redução de reinternações, melhorando o autocuidado do cuidador e promovendo saúde física e mental para ambos cuidador/cliente.

A fonoaudiologia, que também faz parte deste projeto desenvolve o acompanhamento de pessoas elegíveis por meio do telemonitoramento, orientando especialmente os cuidadores domiciliares. Ao retornar a sua residência, pessoas que estiveram hospitalizadas e seus familiares ou cuidadores responsáveis, envolvidos no processo de cuidado no hospital, retornam para seus lares muitas vezes com apreensões e dúvidas a respeito do que fazer e como fazer para dar continuidade aos cuidados de forma segura.

Assim, o projeto visa acompanhar as pessoas envolvidas e, sobretudo, apoiar familiares/cuidadores, com orientações e treinamentos focando na autonomia e no autocuidado, oferecendo a segurança necessária. Esta ação permite evitar e reduzir reinternações e eventos adversos que podem acontecer no domicílio, quando não há um acompanhamento articulado entre família, cuidador, profissional de saúde e serviços de saúde (WEBER et al., 2020; MENEZES et al., 2019).

Nesse projeto, pessoas com dependência funcional e seus cuidadores são acompanhados durante três meses, por meio do telemonitoramento, com ligações após a alta hospitalar, sendo semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo e uma ligação no terceiro mês. O projeto está cadastrado no Sistema de Registro de Atividades de Extensão da UFBA (SIATEX), tendo sido aprovado em 04 de abril de 2019, com registro n 13658, bem como no pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (CEP-HUPES) sob número do parecer: 5.282.090 em 09 de março de 2022.

O acolhimento e o acompanhamento dessas pessoas devem iniciar-se durante o internamento, se prolongando após a alta, até a adaptação ao domicílio, quando dúvidas residuais ainda podem surgir (MENEZES et al., 2020). No projeto matriz do qual essa dissertação faz parte, o acolhimento dos participantes é realizado durante a internação, quando são aplicados instrumentos de coleta voltados para o cuidador e a pessoa hospitalizada. Posteriormente, as informações são direcionadas para um banco de dados do *Excel*®, que auxiliaram no acompanhamento.

Estudos fazem ressalva sobre a necessidade do planejamento da alta adequado, permitindo a participação de todos os interessados nesta transição, e que a falta e/ou excesso de orientações relacionadas aos cuidados no domicílio, gera incertezas (MENEZES et al., 2020; COSTA et al., 2016). A discussão sobre o processo de planejamento da alta hospitalar é contínua e demanda uma análise criteriosa das políticas de saúde, dada a sua natureza intrinsecamente complexa. Para os gestores, administrar e assegurar uma alta de qualidade torna-se um desafio significativo, em parte devido às múltiplas variáveis envolvidas no processo (SANTOS et al., 2017).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em dois cenários. Sendo o primeiro a enfermaria Neuromusculoesquelética de um Hospital Universitário de Salvador, conforme demanda de atendimento da unidade, que tem como perfil pacientes com afecções neurológicas em tratamento clínico, cuja principal sequela é a dependência funcional. Todas as enfermarias contam com o apoio de uma equipe multiprofissional que visam um atendimento integral, qualificado, efetivo e seguro para o paciente.

Em relação à equipe de Fonoaudiologia do HUPES, atualmente é composta por sete profissionais, que se dividem nas alas de pediatria, clínica e cirúrgica adulto/idoso e saúde mental, além de atuar com os residentes em aperfeiçoamento e formação. Especificamente, são quatro fonoaudiólogos responsáveis por acompanhar/avaliar os pacientes adultos/idosos, e esses profissionais assumem plantões de 12 horas e, por vezes, é escalado apenas um fonoaudiólogo por turno na assistência.

O HUPES atende, em sua maioria, pacientes com baixo nível de escolaridade e, isso pode ser uma dificuldade para compreensão das informações, especialmente quando há excesso destas no momento da alta. Ademais, algumas destas pessoas são moradoras de zona rural, com difícil acesso ao sistema de saúde e retorno ao ambulatório após a alta.

O segundo cenário, consistiu-se no domicílio da pessoa idosa, após a alta do hospital, essas pessoas passam a ser auxiliados, geralmente, por um familiar e este que assume papel de cuidador. Esse local foi um campo de coleta de informações referente às principais estratégias que os cuidadores encontraram para oferta segura do alimento ao regressar.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes foram cuidadores responsáveis (familiares ou não) de pessoas idosas com necessidade de auxílio, que estavam internadas nas enfermarias e que receberam alta hospitalar para o domicílio, com alguma alteração de deglutição identificada por um profissional especializado, neste caso, um fonoaudiólogo do serviço de fonoaudiologia do HUPES.

O processo de aproximação com os participantes se deu inicialmente nas enfermarias, onde a equipe do projeto de pesquisa realizava aplicação de instrumentos específicos para o estudo em questão e complementava as informações com o prontuário do paciente. Durante a internação, a pessoa idosa e seu cuidador foram assistidos pela equipe de profissionais do HUPES, assim como, pelos fonoaudiólogos, onde foram fornecidas orientações a respeito da alimentação, e se, haveria possibilidade de retornar a via oral de forma exclusiva ou se ficaria restrita por um dispositivo de alimentação.

3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Cuidadores com idade acima de 18 anos; que cuidavam de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, preconiza o Estatuto do Idoso, que estivessem internadas em uma enfermaria do Hospital Universitário entre janeiro e fevereiro de 2023 e estas pessoas idosas deveriam apresentar alguma dificuldade de deglutição identificada pelo profissional de saúde da fonoaudiologia e registrado em prontuário durante o período de internação, e que necessitam de apoio do cuidador para oferta do alimento; e que tivesse acesso a um smartphone com internet para falar pelo aplicativo de mensagem .

Critérios de exclusão:

- Cuidadores que, receberam três mensagens (manhã, tarde e noite) via aplicativo de mensagem, após 24 horas de alta hospitalar e não responderam. O objetivo desta mensagem, era agendar a primeira ligação para o início da coleta de dados e aplicação dos instrumentos.

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, a pesquisadora principal contou com o apoio da equipe participante do projeto de pesquisa matriz desenvolvido na unidade, assim como, uma bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFBA), graduanda em fisioterapia, e um enfermeiro voluntário.

Primeira etapa: no hospital com os pacientes idosos internados e seu cuidador:

Os pesquisadores responsáveis identificaram os participantes elegíveis que são: pessoas idosas com alteração de deglutição que dependam de auxílio para oferta segura da alimentação durante a internação e que se prolongue para o domicílio.

Inicialmente, no momento da internação, realizou-se abordagem da pessoa idosa com o seu cuidador, onde foi realizada apresentação do projeto matriz e esclarecimentos de dúvidas e, àqueles que aceitaram participar receberam e assinaram o Termo de Consentimento e Esclarecimento Livre (TCLE) presencialmente (APÊNDICE A).

Em seguida, demais informações sobre o cuidador e da pessoa idosa elegível, foram coletadas ainda durante a hospitalização, por meio de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICES B e C), sendo uma forma de aproximação com o cuidador/idoso.

A sinalização da alta hospitalar pela equipe assistencial do HUPES, acontece de forma articulada com os pesquisadores responsáveis do projeto matriz, por permanecerem no hospital de segunda-feira a sexta-feira. Como, os participantes deste estudo, também fazem parte do projeto matriz, porém com abordagens metodológicas diferentes, a alta de cada paciente é mencionada por meio de aplicativo de mensagem do grupo de pesquisa, visto que, este dispositivo é um de meio de comunicação entre os pesquisadores. Após a sinalização, a pesquisadora responsável, fez o contato com cuidador responsável dentro das 24 horas após alta hospitalar. As etapas do processo estão descritas nos parágrafos seguintes.

Segunda etapa: no ambiente domiciliar com o cuidador da pessoa idosa

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, por contato telefônico, em horário previamente combinado com o cuidador, com garantia de que a entrevista acontecesse em um momento oportuno, onde o cuidador estivesse em local reservado e proporcionasse privacidade, além de garantir o sigilo das informações, seguindo as recomendações éticas do ofício curricular do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

A pesquisadora responsável, por ter a formação em Fonoaudiologia conseguiu identificar por meio dos instrumentos aplicados na entrevista por telefone, a elegibilidade das pessoas para o estudo. Por conta do quadro de disfagia, essas pessoas necessitavam de acompanhamento fonoaudiológico durante e após a internação e, nos casos que não houve possibilidade de reabilitação da via oral de forma exclusiva, os cuidadores se tornaram elemento essencial para garantir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde com relação a continuidade da oferta do alimento em domicílio, seja por via oral ou por dispositivo.

Abaixo, está descrita as etapas da coleta de dados que ocorreram em dois cenários:

Primeira etapa: hospital com os pacientes idosos internados e seus cuidadores:

Contou com dois momentos: primeiro - coleta do TCLE (APÊNDICE A) com apresentação do projeto matriz e aplicação dos instrumentos do cuidador (APÊNDICE B) e da pessoa idosa (APÊNDICE C); segundo - sinalização da alta do paciente pela equipe do projeto por meio do aplicativo de mensagem.

Segunda etapa: no ambiente domiciliar com o cuidador da pessoa idosa:

A coleta de dados no domicílio aconteceu, primeiramente, por um contato 24 horas após a alta hospitalar, por meio contato telefônico já marcando um dia e horário para a realização da entrevista pelo aplicativo de mensagem

A coleta aconteceu por meio de duas ligações. A primeira ligação aconteceu após 24 horas da alta, através de entrevista semiestruturada observar as orientações que o cuidador recebeu no momento da alta, e assim, reforçar sobre o encaminhamento do estudo no próximo mês (APÊNDICES E).

Nesta primeira ligação, foram aplicados os seguintes instrumentos: aplicação de um instrumento voltado para o rastreio da queixa de disfagia pelos cuidadores no

domicílio (APÊNDICE D), entrevista semiestruturada com questões norteadoras voltadas para objeto da pesquisa (APÊNDICE E).

A segunda ligação ocorreu após um mês da alta hospitalar, com preenchimento de um instrumento específico com questões norteadoras direcionadas ao objeto de investigação (APÊNDICE F).

Todas as ligações foram previamente agendadas com os cuidadores. Durante as ligações, o participante foi informado sobre a gravação do diálogo. Portanto, as entrevistas foram gravadas com auxílio do gravador digital e tiveram duração de aproximadamente 50 minutos.

A entrevista semiestruturada utilizada como técnica de coleta de dados, permite maior proximidade entre o entrevistador e entrevistado, que favorece proximidade e maior de troca afetiva entre as duas partes, favorecendo obtenção de respostas espontâneas, permitindo a compreensão dos fenômenos vivenciados pelos indivíduos entrevistados, através dos relatos. Este permite nortear o entrevistador, ao tempo que ajuda o entrevistado a fornecer informações de forma clara, eficaz e objetiva (MINAYO 2017).

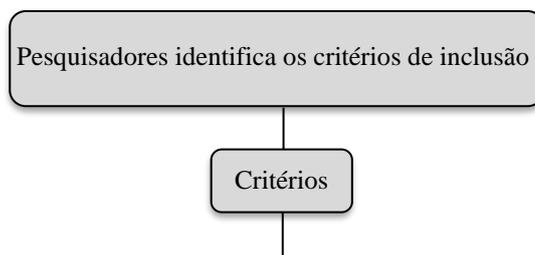
A entrevista possibilitou acesso a informações primárias e empíricas através de perguntas abertas e fechadas sobre o tema em questão (MINAYO, 2017). Ademais, propiciou aos participantes liberdade de expressão, sendo recomendada utilizar a linguagem como principal meio de captação dessas representações (MINAYO, 2017).

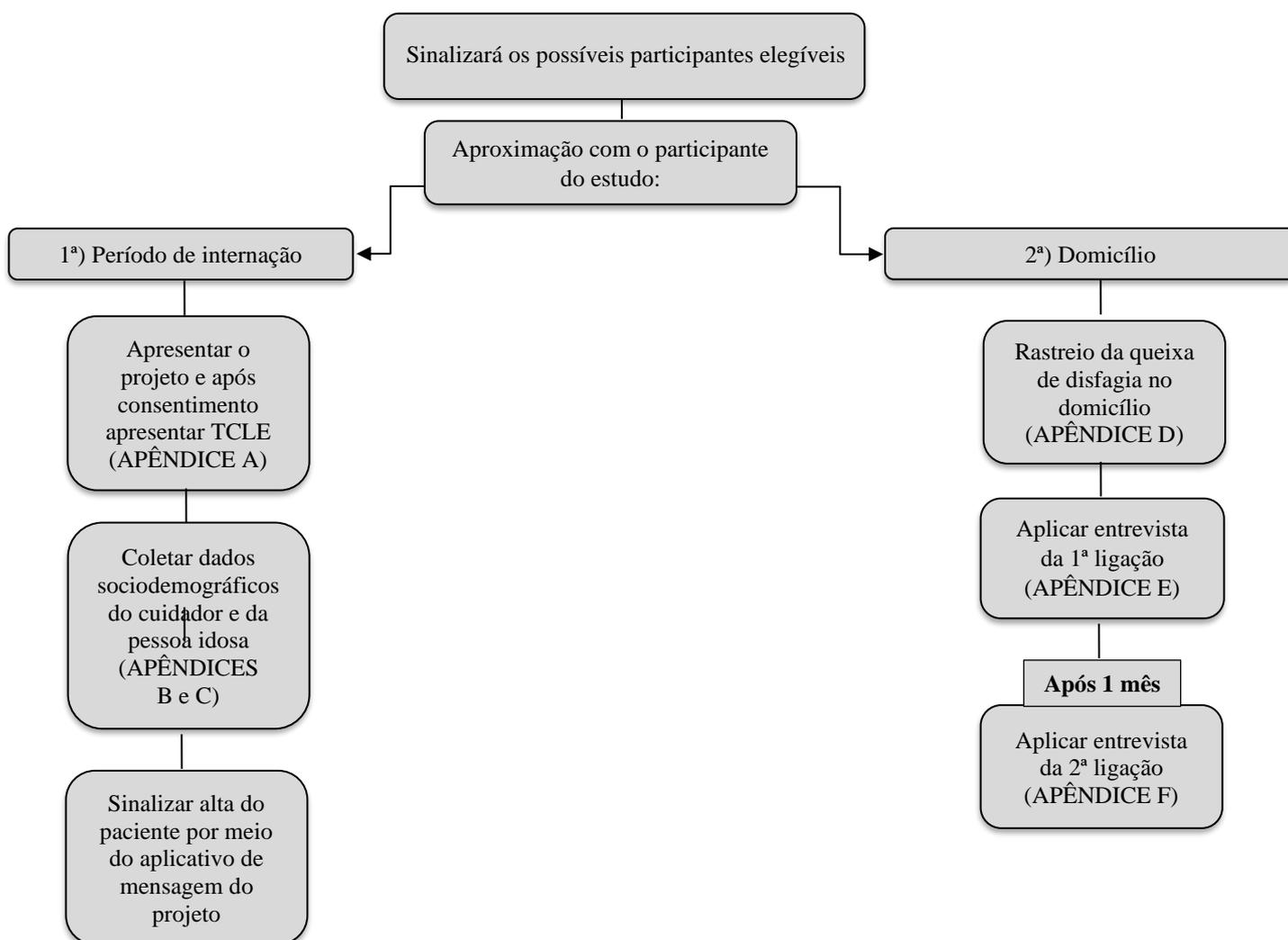
Com a finalidade de garantir um registro fidedigno, todo o material que formou o *corpus* do trabalho foi armazenado em documento *word*® (transcrições das entrevistas) e planilha *Excel*® (dados sociodemográficos, clínicos e dentre outros), posteriormente arquivado no drive do *gmail*® da pesquisa.

Neste estudo foi preservado o anonimato dos participantes, sendo identificados apenas por nome de flores, (ex: Onze horas, Manacá-da-serra, Ipê...), garantindo o anonimato.

Abaixo, está a representação do fluxograma da coleta aplicada para este estudo.

Figura 2. Fluxograma da coleta de dados





Fonte: Adaptação da autora.

Saturação dos dados

Segundo Minayo (2017), não seria conveniente estimar o número de participantes para a construção do estudo, sendo bastante problemático, visto as interconexões fundamentais para a compreensão do objeto a partir da metodologia qualitativa.

Utilizou como critério, a saturação teórica para a delimitação dos participantes da pesquisa, definido o momento em que o pesquisador constata que os dados obtidos já possuem elementos necessários para subsidiar a teorização e a coleta, e que a inclusão de novos dados não trará mais esclarecimento para o objeto de estudo e interrompe a fase de coleta (MINAYO, 2017).

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O processo de organização e análise dos dados, aconteceu com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) no qual permite descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos, possibilitando a organização do material e compreensão do mesmo. A operacionalização deste tipo de análise de conteúdo se dá por meio de três etapas: pré-análise/organização da análise; exploração do material e análise/tratamento dos dados (BARDIN 2016).

A primeira fase trata-se da pré-análise, é necessário que o pesquisador realize uma leitura flutuante do material coletado, esse momento constitui a construção do *corpus*, sendo a definição das unidades de análise e identificação das dimensões, categorias e subcategorias. É no momento da leitura que o pesquisador deverá identificar e elencar grupos de respostas semelhantes que surgiram a partir das entrevistas realizadas.

A segunda etapa demanda de maior tempo para análise, por ser composta por codificações e enumerações, portanto consiste-se na exploração do material coletado para construção das categorias de análise. O pesquisador deverá elaborar um quadro configurado conforme o roteiro de entrevista semi-estruturada, neste documento constará os principais eixos temáticos acerca da problemática investigada. Os dados deverão estar armazenados em unidades de registros, correspondendo aos temas centrais que surgirem nas exposições das falas das entrevistadas e posteriormente as unidades de contexto, ou seja, todo o fragmento identificado que contextualiza a unidade de registro no discurso da pessoa entrevistada (BARDIN 2016).

Por fim, a terceira fase corresponde a análise propriamente dita do material, nesta fase será realizada a análise descritiva e conseguinte analítica em que se pôde realizar inferências e interpretações, neste momento, o pesquisador estará em posse dos resultados significativos que precisava para emitir sua análise ao estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa respeitou os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em conformidade com as exigências contidas na Resolução nº 510/2016 e nº 580/2018, assim com OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS emitido em fevereiro de 2021, pois tem como objetivo dar orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

A pesquisa observou e respeitou os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. As informações coletadas foram preservadas e utilizadas apenas para fins científicos, garantindo o respeito ao participante da pesquisa, bem como assegurando suas escolhas quanto à contribuição, permanência, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (MINAYO, 2017).

O estudo faz parte do projeto matriz de pesquisa e extensão intitulado: "CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS ADULTAS E IDOSAS".

A coleta de dados só iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (CEP-HUPES), cujo CAAE: 55433121.7.0000.0049, sob número do parecer: 5.282.090, e após assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo uma via para o entrevistado e a outra para pesquisadora (APÊNDICE A).

Vale salientar que os participantes foram informados sobre os principais riscos e malefícios relacionados à sua participação nesse estudo. A pesquisa não representou risco físico, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano, nem favoreceu dano associado ou decorrente da pesquisa. O participante pôde expressar qualquer tipo de desconforto, timidez, medo de não responder conforme a necessidade da pesquisa, além da dificuldade de manuseio da tecnologia proposta para a realização da entrevista.

Portanto, o estudo respeitou a autonomia e escolha do participante em dar continuidade ou não na pesquisa, sendo que a desistência pode ocorrer em qualquer etapa do projeto, assim como, pode sem qualquer ônus ter acesso à entrevista, para retirar e/ou acrescentar informações a qualquer tempo. Também foi preservado o anonimato dos participantes, sendo identificados por nome de flores, por considerar adjetivos essenciais para os cuidadores de pessoas idosas com disfagia, visto que transmite cuidado e amorosidade.

4 RESULTADOS

Nesse tópico será apresentado um subtópico acerca da caracterização sociodemográfica dos cuidadores participantes, e da pessoa idosa, bem como será apresentada a síntese da história dos cuidadores e seu contexto de cuidado voltado a pessoa idosa.

Ainda, como resposta à questão de estudo, o segundo subtópico elencará cinco categorias representativas das estratégias utilizadas pelos cuidadores durante a transição do cuidado hospital-domicílio para a oferta do alimento a pessoas idosas com alterações da deglutição.

Fizeram parte do estudo oito cuidadores com faixa etária entre 30 e 65 anos, média de 42,1 anos. Todos se autodeclararam da raça negra, a maioria era do sexo feminino (n=7), religião católica (n=5), renda familiar de um salário-mínimo (n=7), com ensino médio completo (n=5). O tempo de cuidado com o idoso variou entre 6 e 24 meses e quatro cuidadores relatam não se sentir seguros para ofertar o alimento ao idoso seja por via oral ou por dispositivo de alimentação.

Os cuidadores eram adultos jovens que cuidavam idosos com disfagia orofaríngea, essa é uma condição que afeta a capacidade de engolir alimentos e líquidos de forma adequada. Quatro das pessoas idosas, após internação, não se alimentavam mais por via oral e passaram a receber alimentação exclusivamente por meio de um dispositivo de gastrostomia. Os outros quatro idosos, após a alta, continuaram a se alimentar por via oral, passando a ingerir alimentos com uma consistência pastosa homogênea, o que é comum em casos de disfagia, para evitar engasgo e broncoaspiração. E, um desses idosos, que pagou pelo atendimento fonoaudiológico, teve evolução da consistência alimentar para pastoso heterogêneo, com introdução de sólidos macios em alguns turnos da alimentação.

Para além, um idoso que havia retirado sozinho, pela segunda vez, a gastrostomia no próprio domicílio, a família optou, por conta própria, pelo retorno da alimentação pela via oral, na consistência pastosa homogêneo, utilizando uma mamadeira para ofertar o alimento, pois entendiam que era mais seguro para o idoso. Isso foi realizado sem qualquer orientação ou avaliação de um profissional.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES E DAS PESSOAS IDOSAS

Para dar visibilidade ao cuidado prestado pelos cuidadores à pessoas idosas durante a transição do cuidado hospital-domicílio para a oferta do alimento a idosos com alterações da deglutição, elaborou-se quatro quadros, sendo:

O quadro 3. A caracterização dos cuidadores de pessoas idosas relacionada aos aspectos sóciodemográficos, de saúde e do processo de cuidado. Salvador, Bahia, 2023.

O quadro 4. A caracterização dos idosos, motivo da internação, e os aspectos sociodemográficos de saúde. Salvador, Bahia, 2023.

O quadro 5. A síntese da história dos cuidadores e seu contexto de cuidado voltado a pessoa idosa. Salvador, Bahia, 2023.

O quadro 6. Caracterização do rastreio da queixa de disfagia pelos cuidadores no domicílio. Salvador, Bahia, 2023.

Quadro 3: Caracterização dos cuidadores de pessoas idosas relacionada aos aspectos sóciodemográficos, de saúde e do processo de cuidado. Salvador, Bahia, 2023.

Codinome	Onze-horas	Ipê	Manacá-da-serra	Alamanda	Jacarandá	Caliandra	Bromélia	Flor-de-maio
Idade	30 anos	39 anos	33 anos	65 anos	43 anos	45 anos	43 anos	39 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Etnia/Raça	Preto	Pardo	Pardo	Pardo	Parda	Preto	Preto	Pardo
Religião	Protestante	Católico	Católico	Católico	Não possuiu	Católico	Protestante	Católico
Renda familiar(sm*)	1 a 2	1	1 a 2	1 a 2	3	1	1 a 2	1
N. De pessoas no domicílio	1 a 3	4 a 6	1 a 3	1 a 3	1 a 3	1 a 3	1 a 3	4 a 6
Problemas de saúde	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Profissão	Consultora de vendas	Lavradora	Monitora de classe	Dona de Casa	Farmacêutica	Motorista	Escriturário/Agente de turismo	Lavradora
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto	Ensino superior completo	Ensino superior completo	Ensino médio completo	Ensino médio completo
Procedência	Urbana	Rural	Rural	Urbana	Urbana	Urbana	Urbana	Rural
Realiza algum exercício físico	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não

Com que frequência busca o serviço de saúde?	1 vez no ano	A cada semestre	Nos casos de emergência urgência	Nos casos de emergência/urgência	A cada semestre	1 vez no ano	A cada semestre	Nos casos de emergência/urgência
Notou alguma mudança na sua saúde após tornar-se cuidador:	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Há quanto tempo você é cuidador (em meses)	Menos de 6 Meses	Menos de 6 Meses	Mais de 12 meses	Entre 6 Meses e 12 meses	Entre 6 Meses e 12 meses	Entre 6 Meses e 12 meses	Entre 6 Meses e 12 meses	Entre 6 Meses e 12 meses
Você recebe algum apoio social?	Amigos/vizinhos	Amigos/vizinhos	Familiares (filhos)	Familiares (filhos)	Esposa	Amigos/vizinhos	Amigos/vizinhos	Familiares (filhos e ex-companheira)
Como você se sentiu após alta para realizar os cuidados em domicílio?	Inseguro	Inseguro	Seguro	Seguro	Inseguro	Seguro	Seguro	Inseguro

*SM – Salário-Mínimo vigente no estudo no valor de R\$ 1.320

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quadro 4. Caracterização dos idosos, motivo da internação, e os aspectos sociodemográficos de saúde. Salvador, Bahia, 2023.

Codínome do idoso	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8
Idade	67	76	76	77	72	69	66	71
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Raça/Etnia	Preto	Pardo	Pardo	Pardo	Preto	Preto	Preto	Pardo
Estado civil	Divorciado	Casado	Viúvo	Casado	Casado	Viúva	Separado	Solteira
Religião	Protestante	Católico	Católico	Católico	Não possui	Católica	Protestante	Católica
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino Fundamental incompleto	Analfabeto	Ensino médio completo	Ensino fundamento incompleto	Analfabeta	Ensino médio completo	Analfabeta
Profissão	Encanador caldeiro	Aposentado	Borracheiro aposentado	Téc. Enf. aposentado	Aposentado	Aposentada	Aposentado	Lavradora
Filhos/Quantidade	Sim – 1 a 3	Sim > 6	Sim – 1 a 3	Sim – 1 a 3	Sim > 6	Sim – 1 a 3	Sim > 6	Não
Possuiu alguma deficiência	Intelectual, Cognitiva, Física	Visual, Física	Intelectual, Cognitiva, Física	Visual, Intelectual Cognitiva, Física	Não	Visual	Física	Visual, Física
Uso de correções	Óculos	Óculos	Dispositivo de marcha (muletas, andador, bengala)	Não	Não	Óculos	Não	Dispositivo de marcha (muletas, andador, bengala)
Motivo da internação	AVC tálamo bilateral, ITR broncoaspirati vaDistúrbio de	Investigação e manejo de quadro neurológico agudo	Suspeita etiológica de AVC, apresentando hemiparesia a	Diarreia e Gripe	Investigação e tratamento de infecção e AVC.	AVC não especificado	Investigação de AVCh	Investigação de AVC

	alimentação, HAS, DM	sugestivo AVCi	esquerda e disatria					
Faz uso de algum medicamento no domicílio?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Qual a quantidade de medicamento faz uso no domicílio?	3 a 5	1 a 2	1 a 2	1 a 2	1 a 2	1 a 2	Não se aplica	1 a 2

* *Téc. Enf. – Técnico de Enfermagem*

*AVC - *Acidente vascular cerebral*

*ITR - *Infecções do trato respiratório*

* HAS - *Hipertensão Arterial Sistêmica*

* DM - *Diabetes mellitus*

* AVCi - *Acidente Vascular Cerebral Isquêmico*

* AVCh - *Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico*

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quadro 5. Síntese da história dos cuidadores e seu contexto de cuidado voltado a pessoa idosa. Salvador, Bahia, 2023.

Cuidador(a):	Síntese
Onze-horas	<p>Cuidadora do sexo feminino, grau de parentesco com a pessoa idosa: filha. Não tem filhos. Antes de iniciar o cuidado, não realizava atividade física, porém tem o costume de realizar atividade de lazer e recreação, menciona que gosta de ir a igreja e assistir série no tempo que pode. A cuidadora relata que precisou iniciar um acompanhamento em saúde mental, devido a sobrecarga do cuidado, além de melhorar com as crises de ansiedade, devido não saber lidar com o novo cuidado ao pai.</p> <p>Quanto a rede de apoio na atenção primária, cuidadora relata que passou a ser assistida por uma equipe de profissionais (Enfermeira, Nutricionista, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta) no Sistema Único de Saúde (SUS). A ambulância pega o idoso em seu domicílio e leva para um ambulatório em outra cidade vizinha.</p>
Ipê	<p>Cuidadora do sexo feminino, grau de parentesco: esposa. Tem filhos: 1 a 3. Não tinha o costume de realizar atividade física. Como atividade de lazer, menciona que gostava de sair para assistir futebol, assim como, de passar na praça da cidade para conversa. Após, assumir os cuidados do seu esposo deixou de realizar as atividades.</p> <p>Não faz acompanhamento em saúde mental e não sabe responder se existe algum dispositivo na rede do SUS que ofereça.</p> <p>Família apresentou dificuldade para encontrar profissionais na atenção primária optando em buscar atendimento particular para uma avaliação e acompanhamento Fonoaudiológico, por ser uma demanda que a família enxergava como urgente no momento. No município existe uma fonoaudióloga no Sistema Único de Saúde (SUS) porém encontrava-se de licença, sem haver previsão de retorno. A segunda demanda mencionada pela cuidadora, parte para área da fisioterapia, segue na busca em conseguir no SUS.</p>
Manacá-da-serra	<p>Cuidadora do sexo feminino, grau de parentesco: Filha. Tem filhos: 1 a 3. Não realizava atividade física antes de prestar os cuidados ao seu pai. Como lazer, menciona do costume de fazer churrasco com os amigos e familiares em sua casa aos finais de semana, porém, isso diminuiu devido ao cuidado prestado. Não faz acompanhamento em saúde mental e não sabe responder se existe algum dispositivo na rede que ofereça.</p> <p>Não conseguiu assistência na atenção primária para demanda específica de acompanhamento com o profissional da fonoaudiologia, assim como, não tinha condições de pagar avaliação no momento com este profissional.</p>

internação (consistência)								
Independência para se alimentar	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Após internação alimenta-se por:	GTT	VO	VO	GTT	GTT	GTT	VO	VO
Perda de peso relacionada a alimentação	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Alimentação depois da internação (consistência)	Pastoso homogêneo	Pastoso heterogêneo com sólidos macios e líquidos em goles controlados	Pastoso homogêneo e líquidos	Pastoso homogêneo	Pastoso homogêneo e líquidos engrossados <i>(idoso fez retirada da GTT em domicílio)</i>	Pastoso homogêneo	Sólidos macios e líquidos	Pastoso homogêneo e líquidos
Dependência para se alimentar após alta hospitalar:	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim, porém cuidadora permite que idosa faça auto oferta

* VO – via oral

* GTT - gastrostomia

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Os cuidadores eram adultos jovens que cuidavam idosos com disfagia orofaríngea, essa é uma condição que afeta a capacidade de engolir alimentos e líquidos de forma adequada. Quatro das pessoas idosas, após internação, não se alimentavam mais por via oral e passaram a receber alimentação exclusivamente por meio de um dispositivo de gastrostomia. Os outros quatro idosos, após a alta, continuaram a se alimentar por via oral, passando a ingerir alimentos com uma consistência pastosa homogênea, o que é comum em casos de disfagia, para evitar engasgo e broncoaspiração. E, um desses idosos, que pagou pelo atendimento fonoaudiológico, teve evolução da consistência alimentar para pastoso heterogêneo, com introdução de sólidos macios em alguns turnos da alimentação.

Os depoimentos dos cuidadores acerca das estratégias que eles utilizaram no domicílio para ofertar o alimento ao idoso com alteração da deglutição estão diretamente ligados ao preparo, consistência e oferta do alimento, na higiene oral, na postura adequada, bem como a importância de uma avaliação fonoaudiológica. Estas estratégias foram apresentadas nas categorias representativas abaixo:

ESTRATÉGIAS PARA O PREPARO E OFERTA DO ALIMENTO

Nas falas ficou evidenciado que a transição de cuidado foi parcialmente efetiva, pois alguns cuidadores não lembraram das orientações ao retornar para o domicílio, enquanto outros se recordam com clareza. Contudo, sabem que é importante preparar o alimento bem como, oferecer o alimento a pessoa idosa devagar, com paciência.

Nossa! Não sei se lembro das orientações, mas eu lembro de algo voltado para a alimentação, como a comida sempre mais cozida, pois ajuda na hora de engolir e para sempre dar com paciência e calma. **Bromélia**

Me orientaram sobre o uso e manuseio da gastrostomia, de nunca ofertar a dieta rápida para não encher o estômago e causar mal-estar. [...] eu já sei como fazer a comida, tudo bem batido e com a mão sempre limpa. Sempre dou água com a seringa. Eu faço tudo direitinho! **Onze-horas**

No hospital foi dito como preparar a comida, eu entendi todas as orientações e consegui fazer em casa todas as etapas do processo da comida. Depois que ele voltou para casa, a alimentação precisava mudar, tudo passou a ser mais cozido e batido. **Manacá-da-serra**

CUIDADOS COM CONSISTÊNCIA ADEQUADA DO ALIMENTO

Os depoimentos revelam que os cuidadores sabem a consistência ideal do alimento, e utilizam instrumentos (liquidificador e peneira) para obter a consistência pastosa homogênea, de maneira a evitar engasgo e/ou tosse. Alertam também para a importância da ingestão de líquidos, visto que, alguns idosos têm apresentado recusa.

Ela se alimenta por via oral, porém são alimentos na consistência pastosa homogênea. Ela nunca apresentou engasgos com as consistências líquidas. A mudança foi na carne, disseram para cozinhar mais, ou então, passar no liquidificador para ela comer sem dificuldade. É tudo batido para ficar na consistência pastosa homogênea. **Flor-de-maio**

[...] eu faço tudo direitinho, todo alimento dele é bem batido! Eu cozinho tudo no vapor, para os alimentos não perderem seus nutrientes. O arroz sempre dou integral, o feijão eu cozinho junto com a carne de músculo. Deixo a carne cozinhar junto para deixar seus nutrientes. O suco, sempre natural da fruta, bato no liquidificador e passo na peneira para deixar tudo fininho. **Onze-horas**

Eu faço comida todos os dias para ele comer coisas saudáveis [...] a comida deve ser mais bem cozida e tento oferecer líquidos, mas, ele não gosta de beber água, reclama muito, muito mesmo!

Bromélia

CUIDADOS DE HIGIENE ORAL OFERECIDO PELOS CUIDADORES

A higiene oral na pessoa idosa é realizada com auxílio de escova, gaze e enxaguante, podendo ser feito pelo cuidador ou pela pessoa idosa. Observa-se que houve um maior entendimento quanto ao cuidado ao limpar a boca, língua e retirar a dentadura nos casos em que a pessoa idosa faz uso, como pode ser observado nas falas abaixo:

Me orientaram no hospital e eu estou fazendo. Ele come somente via gastrostomia. Como ele não está usando mais a dentadura, eu calço a luva na mão, pego a gaze, passo um pouquinho de enxaguante bucal e espremo bastante a gaze, para deixar ela úmida, aí passo em volta da boca, peço para colocar a língua para fora para limpar tudo. **Alamanda**

Não tinha o costume de limpar a dentadura dele, agora, peço para abrir a boca, às vezes tem comida, eu limpo! Eu uso escova ou então gaze para limpar. Nós tiramos a dentadura dele, pois estava muito solta e ficamos com medo dele engolir. **Manacá-da-serra**

As orientações também foram sobre manter a higiene da boca, [...] ele consegue sozinho limpar os dentes. Ele escova e não bebe, cospe tudo, pois se beber o líquido, ele tosse. **Jacarandá**

CUIDADOS DE INTERAÇÃO SOCIAL E POSTURA PARA ALIMENTAÇÃO

As falas dos participantes revelam o entendimento quanto a importância da postura adequada durante a alimentação, percebe-se que em todas as falas, os cuidadores adotaram a ideia de colocar os idosos sentados na cama com auxílio de almofadas, como na mesa junto aos familiares. Apresenta também a atenção do cuidador em perceber e estimulá-los a comer sozinhos.

[...] agora ele come sozinho com a mão esquerda, porque o outro braço é esquecido (plegia), ele se suja um pouco, mas mesmo assim, eu deixo ele comer só. Coloco ele sentado à mesa para comer com a gente, ele come e bebe sozinho, e fica feliz! **Ipê**

Colocamos ele sentado na cama com o apoio de travesseiro para dar a comida pela gastrostomia. Quando acaba, não deitamos ele logo para a comida não voltar. **Alamanda**

Quando ela come sozinha, a comida derrama mais, temos o costume de dar a comida, mas, deixamos ela também colocar uma colher na boca e ela come sozinha. Coloco ela sentada na mesa, ela vai pegando as coisas com a mão dela, a outra mão está esquecida (plegia). **Flor-de-maio**

RECONHECIMENTO DA CONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

As depoentes referem a necessidade de uma avaliação do profissional da fonoaudiologia, para intervir nas implicações da disfagia, sendo reportadas por meio de engasgo ou tosse quando houve a tentativa de retornar alimentação por via oral no domicílio. Contudo, não sabem como ter acesso na rede de saúde ou como pagar pelo atendimento deste profissional, como evidenciado abaixo:

Eu entendi que se caso ficasse engasgando direto, é sinal de que a comida vai para buraco (trajeto) errado. Então, eu pedi uma indicação de fonoaudióloga para avaliar, depois disso, tivemos a clareza do que poderia fazer para ele comer e como ajudar a ele a falar. **Ipê**

Às vezes ela pede água, eu dou só um pouquinho, e ela engasga direto, então, ela não está sarada ainda (disfagia). Ela não gosta de ver a comida toda batida, ela tem pedido para comer por via oral. Não posso dar a comida pela boca até que ela seja avaliada por um profissional (fonoaudiólogo), porque tem o risco da comida cair no caminho errado. Os testes de comida vão ser feitos pela fonoaudióloga, será que consigo isso? **Caliandra**

Eu sei que a alimentação dele deve ser somente pela gastrostomia, porém eu tenho notado que ele engole normalmente, e ele faz aquela deglutação (deglutição). Então, comecei a dar um pouco da comida batida para ele. Eu faço isso para ele não perder o paladar. Toda vez que eu dou um pouco dessa comida pastosa eu noto que, às vezes, ele tosse, pouquinho, bem pouquinho! Eu vou ver com meus familiares, como fazemos para pagar uma fonoaudióloga para avaliar. **Alamanda**

4. DISCUSSÃO

No estudo, foi evidenciado a predominância do sexo feminino desempenhando o papel de cuidadora, reforçando que mulheres são socialmente designadas a assumir essa função podendo estar relacionadas as questões culturais. Mudanças na sociedade e nas relações de gênero, reafirma a distribuição desigual de responsabilidades de cuidado ainda persiste (HESTEVIK et al., 2020). Isso sugere que a tendência histórica de atribuir o cuidado a mulher continua e prevalece.

A maioria das cuidadoras se autodeclaram negras, relataram ser católicas, de renda baixa, com ensino médio e sentem-se insegurança para realizar o cuidado. Esses aspectos que devem ser considerados ao analisar a dinâmica dos cuidadores, visto que estudos sinalizam que cada um desses fatores pode influenciar no enfrentamento dessas pessoas com relação às experiências, formas e desafios do cuidado (SMITH et al., 2020; COPPETTI et al., 2019; SILVA et al., 2021). O envolvimento significativo das mulheres negras exercendo o papel de cuidadoras está intrinsecamente relacionado a uma combinação de fatores históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais, além de questões de gênero como marcador do desequilíbrio social (TRINDADE et al., 2023).

Com o aumento da expectativa de vida, é cada vez mais comum que idosos cuidem de outros idosos mais fragilizados, como observado neste estudo, que tinha um cuidador de 65 anos. No entanto, essa dinâmica apresenta desafios adicionais, tanto para idosos, quanto para adultos jovens, já que esses cuidadores podem ter sua própria saúde comprometida (FERREIRA et al., 2020; COUTTS et al., 2020; COSTA et al., 2020).

A baixa escolaridade dos cuidadores pode dificultar a compreensão de práticas de cuidado e conhecimento sobre doenças, impactando nas relações assistenciais (AIRES et al., 2020). No entanto, o nível escolar dos cuidadores, sendo a maioria com ensino médio completo, colaborou para um entendimento eficaz quanto as orientações específicas sobre o preparo do alimento. Quatro cuidadores conseguiram recordar as instruções passadas no ambiente hospitalar ao retornarem para casa, enquanto outros quatro não. De acordo com Meleis (2010), o desenvolvimento de intervenções de cuidado eficazes voltado para a singularidade de cada indivíduo, requer uma compreensão das necessidades específicas, preferências e circunstâncias de cada pessoa.

Outro ponto relevante, onde o cuidador encontra força e equilíbrio emocional para enfrentar as dificuldades do dia a dia, é a religião. Estudo sinaliza que conhecer as crenças religiosas dos cuidadores é importante, pois a fé pode influenciar nas demandas do cuidado, no entendimento do processo de envelhecimento e da morte (JESUS et al., 2018).

Embora alguns cuidadores não se recordem das instruções ofertadas durante a alta hospitalar, existe uma compreensão relacionada às práticas de cuidado. Isso pode indicar que a memória imediata das orientações possa ser inconsistente, eles possuem um conhecimento tácito e prático dos cuidados gerais referente alimentação da pessoa idosa. Esse conhecimento, sustenta a elaboração de estratégias desenvolvidas durante a transição do cuidado hospital-domicílio, para a oferta do alimento a pessoas idosas com alterações da deglutição (HESTEVIK et al., 2020; COSTA et al., 2020; FERREIRA et al., 2020).

Esse saber também pode ser valioso ao planejar as ações de apoio aos cuidadores, uma vez que, destaca a importância de fornecer informações claras e práticas durante a transição do cuidado. A capacidade de lembrar e aplicar essas informações podem ser aprimoradas com a formação adequada e o suporte contínuo a essa categoria, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas (MOREIRA et al., 2018).

Para além da compreensão da importância de preparar alimentos com maior tempo de cozimento para garantir a homogeneidade e oferecer o alimento à pessoa idosa de maneira adequada, observava-se também, um entendimento em relação à consistência ideal dos alimentos para os idosos sob seus cuidados. Corroborando com os achados, estudos revelam que os cuidadores reconhecem a necessidade de utilizar ferramentas como liquidificadores e peneiras para obter uma textura pastosa e homogênea, minimizando os riscos de engasgo ou tosse durante a alimentação (CICHERO et al., 2018; XUE et al., 2022; COUTTS et al., 2020). Isso demonstra uma preocupação genuína com a segurança e conforto dos idosos enquanto se alimentam (AVGERINO et al., 2019).

O estudo também alerta para a importância da ingestão de líquidos. A recusa em beber líquidos por parte de alguns idosos pode levar a problemas de desidratação, o que pode impactar na sua saúde em geral. Cuidadores que entendem a importância da

hidratação estão atentos que os idosos recebam a quantidade adequada de líquidos diários (CARTILHA DA SBBG, 2020). Diversas pesquisas versam acerca da implementação de medidas para fornecer o melhor cuidado aos idosos, garantindo uma maior a segurança alimentar, evitando o engasgo, se preocupando com a hidratação adequada (TAMARU et al., 2020; PARK et al., 2022; CARTILHA DA SBBG, 2020). Essas práticas mostram o cuidado e responsabilidade dos cuidadores em relação à nutrição e bem-estar dos idosos.

Nesse estudo, um idoso que apresentava restrição da consistência alimentar por via oral, e recusava ingerir líquidos, a cuidadora havia relatado que antes da internação ele já recusava beber água. O fato de não ingerir líquidos leva à desidratação da pele, pode afetar o funcionamento do cérebro, levando à confusão, dificuldade de concentração e comprometimento cognitivo, além de causar fraqueza muscular, tonturas, aumentando o risco de quedas (SOUZA et al., 2023).

Para além desses cuidados, a atenção à higiene oral é uma preocupação reconhecida entre os cuidadores entrevistados, percebe-se que este cuidado pode variar, mas geralmente utiliza-se a escova, gaze e enxaguante. Uma maior atenção à higiene oral, é direcionada à pessoa idosa que faz uso de dentadura. Isso sugere que a necessidade de remoção da prótese dentária e a importância de limpar a boca e a língua são reconhecidas mais claramente nessas situações (OLIVEIRA et al., 2021). É importante compartilhar a responsabilidade da higiene oral entre o cuidador e a pessoa idosa, dependendo da situação e das capacidades individuais (FONSECA et al., 2021; DRANCOURT et al., 2022). Portanto, a higiene bucal é fundamental pois ajuda a prevenir problemas como cáries, doenças gengivais e infecções (FONSECA et al., 2021).

Além da importância da higiene oral, nota-se uma atenção entre os cuidadores quanto a postura adequada antes e após alimentação, algumas dessas razões é que a postura sentada facilita a mastigação e a deglutição, evitando engasgos e melhorando a eficácia da digestão, assim como, pode reduzir o risco de refluxo ácido e desconforto gástrico após as refeições (LU et al., 2020; TAMARU et al., 2021; PARK et al., 2022; FLYNN et al., 2018). Estudos nacionais e internacionais demonstram que deve colocar os idosos sentados na cama com o auxílio de almofadas ou na mesa junto aos familiares

mostra uma abordagem cuidadosa e atenciosa para garantir uma postura adequada durante as refeições (UESUGI et al., 2019; TAMARU et al., 2021).

A atenção dos cuidadores em perceber que o idoso está apto a comer sozinho e incentivá-los, demonstra uma abordagem sensível e centrada nas necessidades e capacidades individuais dos idosos. Permitir que eles participem ativamente do ato de comer pode ajudar a manter suas habilidades motoras, coordenação e sensação de controle sobre as atividades diárias (CICHERO et al., 2018; XUE et al., 2022). Isso não apenas promove a autonomia e a independência dos idosos, mas também pode ter benefícios cognitivos e emocionais. Esse estímulo, é importante para preservar a dignidade e a qualidade de vida dos idosos, ao mesmo tempo em que promove uma relação saudável entre cuidador e pessoa cuidada (NAMASIVAYAM et al., 2018; AIRES et al., 2020).

As falas dos entrevistados destacam uma preocupante lacuna nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à ausência de profissionais da fonoaudiologia. A falta de acesso aos fonoaudiólogos gera consequências significativas tanto para os idosos quanto para os cuidadores (LIMA et al., 2021). A angústia e a insegurança sentidas por estes são compreensíveis, uma vez que a introdução inadequada de alimentos por via oral pode representar um risco sério para a saúde dos idosos (JESUS et al., 2018).

O estudo em tela alerta que a ausência de orientação especializada leva cuidadores a lidar com a situação por conta própria, colocando os idosos em risco ao tentar iniciar a alimentação oral sem avaliação e supervisão adequadas. Essa abordagem, embora bem-intencionada, pode ter consequências graves, incluindo broncoaspiração, engasgos, podendo gerar dispnéia ou asfixia, ocasionando uma situação de emergência e morte (BERKMAN et al., 2019; CICHERO et al., 2018).

Sabe-se que alocação de recursos humanos e a contratação de profissionais são desafios que dependem das necessidades das equipes de saúde e seus gestores. Entretanto, o fortalecimento das equipes de saúde com a presença de profissionais de fonoaudiologia pode ter um impacto significativo na redução dos riscos enfrentados pelos idosos durante a introdução da alimentação oral. Além disso, a participação ativa desses gestores é fundamental para garantir a disponibilidade adequada de profissionais especializados, além de contribuir para redução dos índices de re-hospitalização e

melhorar a qualidade de vida dos idosos ao gerenciar adequadamente a disfagia (GUCKERT et al., 2020; LIMA et al., 2021; CORRY et al., 2019).

O comprometimento dos gestores, sejam eles de instituições de saúde, lares de idosos ou sistemas de cuidados de saúde, é fundamental para o sucesso de uma intervenção de qualidade. Eles desempenham um papel relevante ao alocar recursos adequados, promover treinamento para equipes de cuidados e criar um ambiente propício para a implementação das melhores práticas (LIMA et al., 2021).

A orientação de um especialista reduz os riscos associados à disfagia e a outros problemas de saúde enfrentados pelos idosos com alteração da deglutição. Estes possuem conhecimento específico para avaliar, diagnosticar e tratar questões relacionadas à alimentação e à deglutição (COUTTS et al., 2020). Visto que é um acompanhamento ainda precário, uma opção seria o atendimento remoto, o que amplia o acesso e suporte ao cuidador, ainda que em áreas rurais ou regiões com recursos limitados.

Este serviço pode esclarecer as dúvidas do cuidador, servindo como estratégia de apoio domiciliar. Embora os serviços de saúde a distância, como consultas online ou teleatendimento, oferecem benefícios significativos, como maior acessibilidade ao serviço de saúde, conveniência e redução de barreiras geográficas, ele não podem substituir a avaliação presencial de um profissional de saúde, pois é mais completa e detalhada (CORRY et al., 2019). Porém, colabora para um sistema mais amplo de cuidados voltado às pessoas idosas.

Assim, o apoio ao cuidador é primordial para mitigar os desafios enfrentados e garantir o bem-estar tanto deles quanto das pessoas idosas sob seus cuidados (NUNES et al., 2018; SOUZA et al., 2022; JESUS et al., 2018). Assim, é importante desenvolver políticas públicas, programas e serviços que atendam às necessidades específicas destes trabalhadores que enfrentam essas realidades diariamente em seus domicílios.

6 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Como limitação, a pesquisa apresentou a escassez de pesquisas abordando questões relacionadas às estratégias adotadas por cuidadores de idosos com as demandas de disfagia. Assim, faz-se necessário o incentivo à produção científica nesse campo, de maneira a contribuir para o preenchimento dessa lacuna na literatura, bem como para uma compreensão mais completa e adequada por parte dos profissionais de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias utilizadas pelos cuidadores para oferta do alimento a pessoas idosas com alteração da deglutição foram como preparar e ofertar o alimento, principalmente quando é pela gastrostomia, a higiene oral pré e pós alimentação, a postura adequada durante e após alimentação, além de estimulá-los a comer sozinhos, a da consistência ideal do alimento e a importância de uma avaliação fonoaudiológica com intuito de evitar tosse e engasgo.

O estudo evidenciou que o conhecimento tácito dos cuidadores entrevistados, trouxe um impacto relevante para o desenvolvimento das estratégias utilizadas para o suporte nutricional a pessoa idosa com alteração de deglutição em seu domicílio.

A alocação de recursos humanos e a contratação de profissionais de saúde são desafios complexos que dependem das necessidades das equipes de saúde e dos gestores municipais. Assim, o presente estudo alerta, ainda para necessidade da inserção de um número expressivo de profissionais da fonoaudiologia nos serviços de saúde, seja ele em instituição privada ou pública, por se tratar de um desafio real em muitas regiões.

Ainda em relação ao serviço de saúde, destaca-se a importância da Educação Permanente e da Educação Continuada em saúde de maneira a atualizar, esclarecer e sensibilizar a equipe multiprofissional para atender as necessidades do cuidador em relação aos cuidados necessários a pessoa idosa e seu cuidador, isso, por sua vez, contribui significativamente para o bem-estar e a saúde das pessoas idosas, bem como para o aprimoramento da qualidade de vida dos cuidadores e de toda a sociedade. Ao investir na formação contínua e na sensibilização para as necessidades específicas da população idosa, é possível garantir que os cuidadores de pessoas idosas recebam o cuidado de que precisa, promovendo uma sociedade preparada para o envelhecimento.

Estas ações precisam ser alinhadas com a gestão dos serviços hospitalar, pois é uma forma de preparar o profissional para orientar a pessoa idosa e o seu cuidador ainda no ambiente hospitalar, uma vez que são cuidadores informais que prestarão o cuidado à pessoa idosa no domicílio.

A participação ativa dos gestores em saúde é essencial para garantir a disponibilidade adequada de profissionais, especialmente aqueles que podem lidar diretamente com problemas como a disfagia. Reforçar as equipes de saúde da atenção

primária com fonoaudiólogos pode reduzir significativamente os riscos enfrentados pelos idosos durante a reintrodução da alimentação oral.

O estudo corrobora para a necessidade de criação de novos serviços nos diversos níveis de atenção à saúde que atendam ou acompanhem o idoso com alteração de deglutição após alta hospitalar. Sugere-se, ainda, que, em meio às temáticas voltadas para o cuidado à saúde do idoso, as intervenções telefônicas, podem esclarecer as dúvidas do cuidador, serve como estratégia de suporte ao cuidador domiciliar colaborando para um sistema mais amplo de cuidados voltado para pessoa idosa.

No âmbito do ensino em saúde, fica evidente a necessidade de preparar futuros profissionais da saúde para a importância da oferta do alimento à pessoa idosa com alterações da deglutição durante a transição do cuidado hospital-domicílio.

Outro aspecto importante, é a urgência na elaboração de pesquisas que abordam a assistência adequada à pessoa idosa com alteração da deglutição e o papel dos cuidadores, pois desta forma é possível avançar em direção a um cuidado mais completo e eficaz para essa população vulnerável.

Os cuidadores desempenham um papel fundamental no cuidado aos idosos, muitas vezes sem receber o devido reconhecimento e apoio. Desta forma, este estudo poderá auxiliar novas pesquisas mostrando a importância do seu papel, além de fornecer recursos e treinamento adequados, além de auxiliar no fomento de novas políticas públicas que objetivem a melhoria do cuidado com os idosos e seus cuidadores, reduzindo assim as reinternações e os custos para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. spe, 2020.
- AVGERINOU, C. et al. Exploring the Views and Dietary Practices of Older People at Risk of Malnutrition and Their Carers: A Qualitative Study. **Nutrients**, v. 11, n. 6, p. 1281, 5 jun. 2019.
- BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- BARROS, A. R. et al. Estratégias de mulheres frente à baixa resolutividade na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, p. [página inicial], 20 mar. 2018.
- BENZECRY, G. et al. Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos: uma revisão. **Disciplinarum Scientia - Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 285–294, 2020.
- BERKMAN, C.; AHRONHEIM, J. C.; VITALE, C. A. Speech-Language Pathologists' Views About Aspiration Risk and Comfort Feeding in Advanced Dementia. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 36, n. 11, p. 993–998, 14 maio 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Brasília, DF: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final de século, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício Circular nº 5/2021/CONEP/SECNS/MS. Brasília, 30 de maio de 2021.
- CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.
- CAMPOS, S. M. de L. et al. Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Audiology - Communication Research**, v. 27, 2022.
- CARDOSO, M. C. A. F.; BUJES, R. V. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 15, n. 1, p. [página inicial], 10 fev. 2010.
- CARTILHA DA SBBG. Hidratação e Nutrição na Demência. 2020.
- COOK, I. J.; KAHRILAS, P. J. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. **Gastroenterology**, v. 116, n. 2, p. 455–478, fev. 1999.
- COUTTS, K. A.; SOLOMON, M. The use of diet modifications and third-party disability in adult dysphagia: The unforeseen burden of caregivers in an economically developing country. **S Afr J Commun Disord**, v. 67, n. 1, p. e1-e8, 2020. DOI: 10.4102/sajcd.v67i1.777. PMID: 33314953; PMCID: PMC7736647.

- COPPETTI, L. D. C. et al. Produção científica da enfermagem sobre o cuidado familiar de idosos dependentes no domicílio. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, 30 abr. 2019.
- COSTA, M. M. B.; COSTA, M. M. B. Neural control of swallowing. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 55, p. 61–75, 1 nov. 2018.
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Rev Bras Enferm**, v. 73, Suppl 3, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.
- CICHERO, J. Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty: Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. **Geriatrics**, v. 3, n. 4, p. 69, 12 out. 2018.
- CORRY, M. et al. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 5, n. 5, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD012533.pub2.
- DRANCOURT, N. et al. Relationship between Oral Health Status and Oropharyngeal Dysphagia in Older People: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 20, 2022. DOI: 10.3390/ijerph192013618.
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Resolução CFFa nº 492, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre a regulamentação da atuação do profissional fonoaudiólogo em disfagia e dá outras providências. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_492_16.htm. Acesso em: 5 nov. 2022.
- FERNANDA, M. et al. Vanessa de Brito Poveda III. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. 20200187, 2020.
- FERNANDES, R. G.; MELO, P. E. D. Desenvolvimento e análise de guia de identificação e orientação sobre sinais e sintomas da presbifagia. **Distúrbios da Comunicação**, v. 31, n. 4, p. 597–621, 20 jan. 2020.
- FERREIRA, B. A. DA S. et al. Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. supl. 3, 2020.
- FONSECA, E. DE O. S. et al. (Lack of) oral hygiene care for hospitalized elderly patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. supl. 2, 2021.
- FOURNY BARÃO, Y. et al. A tríade sarcopenia, disfagia e desnutrição em pacientes internados para reabilitação em um hospital de retaguarda. **Multitemas**, p. 125–136, 6 jul. 2020.
- FLYNN, E. P. et al. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 17 abr. 2018.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Care transition in hospital discharge for adult patients: Integrative literature review. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 2021.

GUCKERT, S. B.; SOUZA, C. R. DE; ARAKAWA-BELAUNDE, A. M. Atuação fonoaudiológica na atenção básica na perspectiva de profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família. **CoDAS**, v. 32, n. 5, 2020.

HESTEVIK, C. H. et al. Older patients' and their family caregivers' perceptions of food, meals and nutritional care in the transition between hospital and home care: a qualitative study. **BMC Nutrition**, v. 6, p. 11, 2020. DOI: 10.1186/s40795-020-00335-w.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2022. 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>. Acesso em: 3 nov. 2022.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, Marisa Silvana. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00194.pdf. Acesso em: 14 ago. 2023.

JOTZ, G. P.; DORNELLES, S. Fisiologia da Deglutição. In: JOTZ, G. P.; CARRARA DE ANGELIS, E.; BARROS, A. P. B. **Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. Capítulo 2, p. 16-9.

LIMA, B. P. DA S.; GARCIA, V. L.; AMARAL, E. M. Atividades profissionais do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde no Brasil: consenso de especialistas. **Distúrbios da Comunicação**, v. 33, n. 4, p. 751-761, 2 dez. 2021.

LU, T. Y. et al. Dysphagia and masticatory performance as a mediator of the xerostomia to quality of life relation in the older population. **BMC Geriatr**, v. 20, n. 1, 2020. DOI: 10.1186/s12877-020-01901-4.

MANEIRA, A.; DE LIMA ZANATA, I. A frequência de disfagia em idosos em um hospital da cidade de Curitiba-PR. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 20-26, 24 jul. 2018.

MARCHESAN, I. Deglutição - normalidade. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. R. Q. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, 2008. 1ª reimpressão da 2. ed. Capítulo 1, p. 3-18.

MELEIS, A. I. *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A. I. A Teoria das Transições. Comunicação proferida pela autora na Conferência "A Teoria das Transições", realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 19 set. 2013, Porto.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: MELEIS, A. I. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MENEZES, C. S.; FORTES, R. C. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 2 nov. 2022.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 7 set. 2022.

MOREIRA, A. C. A. et al. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1055–1062, maio 2018.

NAMIKI, C. et al. Tongue-pressure resistance training improves tongue and suprahyoid muscle functions simultaneously. **Clinical Interventions in Aging**, v. Volume 14, p. 601–608, mar. 2019.

NASCIMENTO, C. L.; NAKAMURA, H. Y. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 179, 1 abr. 2018.

NAMASIVAYAM-MACDONALD, A.; SHUNE, S. The Burden of Dysphagia on Family Caregivers of the Elderly: A Systematic Review. **Geriatrics**, v. 3, n. 2, p. 30, 10 jun. 2018.

WANDERLEY, Nélio. "A vida é uma transição, nascimento, vida e renovação." Pensador, [s.d.]. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MjQ5OTczNQ/#:~:text=N%C3%A9lio%20Wanderley->>. Acesso em: 18 jan. 2023.

NUNES, D. P. et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. supl. 2, 2018.

OHTA, M.; UEDA, T.; SAKURAI, K. Change in Autonomic Nervous Activity during Ingestion of Soft Food in Older Nursing Home Residents. **The Bulletin of Tokyo Dental College**, v. 59, n. 4, p. 257–263, 2018.

OLIVEIRA, T. F. S. DE et al. Saúde bucal de pessoas idosas domiciliadas acompanhadas na atenção primária: estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, p. e220038, 17 out. 2021.

PARK, B.-H. et al. Effect of 45° Reclining Sitting Posture on Swallowing in Patients with Dysphagia. **Yonsei Medical Journal**, v. 54, n. 5, p. 1137, 2013.

PERNAMBUCO, L. et al. Risco nutricional e de disfagia em idosos hospitalizados com idade avançada. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, 31(2): 350-353, junho, 2019.

PETERMANN, X. B.; KOCOUREK, S. PANDEMIA DE COVID-19 E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA SAÚDE. **Revista de Políticas Públicas**, v. 25, n. 1, p. 199–211, 11 jul. 2021.

RECH, R. et al. Association between oropharyngeal dysphagia, oral functionality, and oral sensorimotor alteration. **Oral Diseases**, v. 24, n. 4, p. 664–672, 27 fev. 2018.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. DE M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 99–113, 1 set. 2017.

SATAKE, A. et al. Effects of oral environment on frailty: particular relevance of tongue pressure. **Clinical Interventions in Aging**, v. Volume 14, p. 1643–1648, set. 2019.

SILVA, L. M. DE L. et al. Dysphagia and its relation with nutritional status and calorie/protein intake in the elderly. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 3, 2019.

SILVA, E. M. DA; REIS, D. A. Dificuldades e Necessidades dos Cuidadores de Idosos no Domicílio. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 1, 12 jul. 2021.

SOUZA, V. R. DOS S. et al.. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021.

SOUZA, C. C. DE et al. Prevalência de ingestão hídrica e fatores associados entre idosos não institucionalizados do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2023.

SONX, Y. J.; YOU, M. Transitional Care for Older Adults with Chronic Illnesses as a Vulnerable Population: Theoretical Framework and Future Directions in Nursing. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 45, n. 6, p. 919-927, 2015.

SMITH, P. M. et al. Male/Female Differences in the Impact of Caring for Elderly Relatives on Labor Market Attachment and Hours of Work: 1997-2015. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 75, n. 3, p. 694-7014, 2020. DOI: 10.1093/geronb/gbz026.

STREICHER, M. et al. Dysphagia in Nursing Homes—Results From the NutritionDay Project. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 19, n. 2, p. 141-147.e2, fev. 2018.

TAMARU, Y. et al. Premature oral pre-shaping for feeding in elderly population with risk of aspiration pneumonia. **PLoS One**, v. 16, n. 2, e0246804, 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0246804.

TEIXEIRA, J. J. M. et al. Perfil de internação de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, 2017.

- TRAVASSOS, L. de C. P. et al. Nutritional risk and signs and symptoms of swallowing disorders in hospitalized elderly. **Revista CEFAC**, v. 21, n. 6, 2019.
- TRINDADE COELHO CAMILA; GRIEBELER OLIVEIRA STEFANIE; EISENHARDT DE MELLO FERNANDA. Implicações no cuidado de um familiar doente: mulheres negras cuidadoras. **Enfermería (Montevideo)** [Internet]. 2023 [citado 2023 Sep 08]; 12(2): e3131. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062023000201201&lng=es. Epub 01-Dic-2023. DOI: 10.22235/ech.v12i2.3131.
- UESUGI, Y. et al. Sole-ground contact and sitting leg position influence suprahyoid and sternocleidomastoid muscle activity during swallowing of liquids. **Clinical and Experimental Dental Research**, v. 5, n. 5, p. 505-512, 2019. DOI: 10.1002/cre2.216.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, jun. 2018.
- VIEIRA, C. P. de B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, jun. 2011.
- WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. da S.; MARQUES ACOSTA, A. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, 15 jan. 2020.
- XAVIER, J. S. et al. Frequência de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **CoDAS**, v. 33, n. 3, e20200153, 2021. DOI: 10.1590/2317-1782/20202020153.
- XUE, M. et al. The experience of family caregivers of patients receiving home nasogastric tube feeding in China: A descriptive qualitative study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 35, n. 1, p. 14-22, 2022. DOI: 10.1111/jhn.12908.
- YOSHIMI, K. et al. Relationship between swallowing muscles and trunk muscle mass in healthy elderly individuals: A cross-sectional study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 79, p. 21–26, nov. 2018.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para cuidadores/familiares do projeto matriz (parte 1)

Título do Estudo: CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS ADULTAS E IDOSAS

Pesquisador Responsável: LARISSA CHAVES PEDREIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS HOSPITALIZADAS, FAMILIARES/UIDADORES

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar o cuidado transicional hospital- domicílio desenvolvido no Hospital Universitário Professor Edgard Santos para pacientes adultos e idosos, familiares/cuidadores. E tem como justificativa contribuir para a qualificação e a manutenção da continuidade do cuidado às pessoas internadas no Hospital Universitário desde a admissão até o retorno ao domicílio.

A finalidade deste projeto de pesquisa é identificar as necessidades individuais e específicas dos pacientes adultos e idosos, seus familiares/cuidadores para planejar os cuidados para a transição hospital-domicílio.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: aplicação de questionários com perguntas relacionadas aos dados sócio demográficos, de saúde, relacionados ao cuidado/autocuidado e ao domicílio dos familiares/cuidadores, e da pessoa hospitalizada.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são desconforto por compartilhar informações sobre seu estado de saúde e, para os familiares/cuidadores, relacionadas aos sentimentos envolvidos no cuidado, além da quebra do sigilo e confidencialidade dos dados devido ao acesso ao prontuário. Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são ampliar o conhecimento e as ações sobre a continuidade do cuidado e ampliação do autocuidado a pessoa que retornou ao domicílio após alta hospitalar. Posteriormente ao

acompanhamento durante o internamento, será realizado telemonitoramento nos próximos 3 meses (ligações semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês e uma vez no terceiro mês), que auxiliará na adaptação e no resgate de dúvidas residuais.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, e caso decida não participar, ou ainda desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação. As ações de telemonitoramento nos próximos três meses auxiliarão nos esclarecimentos que se fizerem necessários.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Larissa Chaves Pedreira, pelo telefone (71) 99971-8301, endereço Rua Basílio da Gama, 241 - Canela, Salvador – BA e/ou pelo e-mail larissa.pedreira@uol.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA. Endereço: Rua Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, SALVADOR (BA) - CEP: 4011060; FONE: (71) 3283-8043 / E-MAIL: cep.hupes@ebserh.gov.br .

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: “CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS HOSPITALIZADAS”

_____ Nome do participante ou responsável	
_____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____

Eu, [Larissa Chaves Pedreira], declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do investigador	Data: ____/____/____
---	----------------------

**APÊNDICE B - Dados sociodemográficos do cuidador
(PARTE 1)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

PARTE 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR	
1. Nº de identificação do participante:	2. Iniciais do nome:
3. Sexo: M () F ()	4. Idade/ Data de nascimento: _____
5. Cidade de residência e procedência: _____	7. Religião: () Católico; () Evangélico; () Espírita; () Candomblé; () Outros _____
6. Raça/Cor: () Negra; () Branca; () Indígena; () Outros _____	8. Filhos: () Sim () Não Quantos ? _____
9. Quantas pessoa moram na casa e ajudam rede de apoio: _____	11. Escolaridade: () Analfabeto; () Fundamental I incompleto; () Fundamental I completo; () Fundamental II incompleto; () Fundamental II completo; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino Superior incompleto; () Ensino Superior completo; () Pós-graduação.
10. Grau de parentesco: () Filho(a); () Esposo(a); () Neto(a); () Nora/Genro; () Outros _____	12. Renda Familiar (cuidador): _____
13. Você realiza alguma atividade física e/ou de lazer? Sim () Não () Descreva: _____	14. Mora com a pessoa idosa? Sim () Não ()
15. Recebeu capacitação durante a hospitalização para realizar o cuidado? Sim () Não () Quais? _____ Quem ofereceu as orientações? _____ Quais orientações recebeu e em qual momento? _____ Saiu com alguma dúvida em relação a alimentação ou como oferecer pela vida de alimentação? _____	16. Comorbidades do cuidador? Sim () Não () Quais? _____ Qual a frequência que busca os serviços de saúde: _____ Notou mudança na sua saúde após se tornar cuidador? Sim () Não () _____
17. Profissão: _____	18. Caso tenha sido avaliado pela equipe de fonoaudiologia no ambiente hospitalar, você conseguiu seguir com as orientações fornecidas, explique como recebeu essa orientação e como foi para você aplicar isso no domicílio? _____
19. Você recebe algum apoio social? Sim () Não () Quais? _____	20. Caso sua alta fosse hoje, como você se sentiria em realizar o autocuidado em domicílio? Seguro () Inseguro ()
21. Tempo que presta o cuidado em meses: _____	22. Estado civil: _____

APÊNDICE C - Dados sociodemográficos do idoso (parte 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PARTE 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO IDOSO	
1. N° de identificação do participante:	2. Iniciais do nome:
3. Sexo: M () F ()	4. Idade/Data de nascimento: _____ 5. Cidade e procedência: _____
6. Raça/ Cor: () Negra; () Branca; () Indígena; () Outros _____	7. Religião: () Católico; () Evangélico; () Espírita; () Candomblé; () Outros _____
8. Filhos: () Sim () Não Quantos ? _____	9. Quantas pessoa moram na casa e ajudam rede de apoio: _____
10. Estado civil: _____	11. Escolaridade: () Analfabeto; () Fundamental I incompleto; () Fundamental I completo; () Fundamental II incompleto; () Fundamental II completo; () Ensino médio incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino Superior incompleto; () Ensino Superior completo; () Pós-graduação.
12. Renda Familiar (idoso): _____	13. Quantidades de pessoas que moram no domicílio: _____
14. Mora com o cuidador? Sim () Não ()	
15. Possui alguma deficiência? Se sim, qual? Faz uso de correções?	
16. Comorbidades do idoso? Sim () Não () Quais? _____ Motivo da internação: _____	
17. Faz uso de alguma medicação? Sim () Não () E qual a quantidade:	
18. Saiu com alguma via de alimentação de forma exclusiva? Sim () Não () Qual: _____ Saiu com via oral total de qual (is) consistências?	

**APÊNDICE D - Rastreo da queixa de disfagia pelos cuidadores no domicílio
(parte 2)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA IDOSA

Nome: _____

Idade: _____ Gênero: feminino masculino

Doença de base _____

1. Queixa de disfagia prévia a internação: não sim

Se sim, qual:

- mastigação
 ejeção (engolir o bolo alimentar)
 aspiração (engasgo durante ou após alimentação)
 estase (sensação da comida parada)
 recusa alimentar
 outros

2. Alimentação antes da internação:

Meio:

- VO (via oral)
 SNE (sonda nasoenteral)
 Gastrostomia
 mista _____
 outros _____

Consistência:

- todas
 líquida
 pastosa
 sólida

Volume:

- habitual
 reduzido
 fracionado (reduzido e mais vezes ao dia)

Modificação no hábito alimentar: não sim

Motivo: _____

Qual:

- consistência
 quantidade
 frequência
 postura corporal
 postura cabeça
 utensílio

Perda de peso por causa da alimentação: não sim

Independência para se alimentar: sim não

3. Alimentação após internação no domicílio:

Alimenta-se por:

- VO
 SNE
 gastrostomia
 mista _____
 outros _____

Em caso de alimentação por algum dispositivo:

Você tem dado algum alimento a pessoa idosa por VO?

sim não

O idoso pede alimento por VO: sim não

Em caso de via oral, tipo de alimento:

- todas
 líquido
 líquido grosso
 pastoso homogêneo
 pastoso heterogêneo
 sólido macio
 sólido

Volume:

- habitual
 reduzida
 mais que o habitual

Independência alimentar: sim não

APÊNDICE E – Entrevista semiestruturada
 (parte 2) questões norteadoras para primeira ligação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PARTE 2.	
QUESTÕES NORTEADORAS	
1. ORIENTAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Como você recebeu as orientações para alta no hospital? - Quais foram as orientações? - Alguma orientação foi voltada para alimentação? - Caso a pessoa idosa, tenha saído sem possibilidade de comer pela boca, você entendeu o motivo? - Caso a pessoa idosa, tenha saído com possibilidade de comer pela boca, você entendeu como tem que ser o preparo da comida? Houve modificação? Como tem sido esse processo para você? - Quais foram os profissionais que orientaram? Em que momento e de que forma? - Você compreendeu essas orientações? - Teve dúvida no momento da alta? Caso <i>sim</i>, alguém resolveu? - Como tem sido sua rede de apoio para ajudar no cuidado a (o) idosa (o): - Você se sente seguro com as orientações que foram passadas para seguir com a oferta do alimento, agora no domicílio? <i>Seja ele por via oral ou por dispositivo?</i> - Você foi orientado como ofertar a dieta por: 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrostomia () Como foi para você receber essa orientação: _____ Sonda enteral () Como foi para você receber essa orientação: _____ Teve dúvida como manusear esse dispositivo e para ofertar alimentos, medicação e hidratação?

APÊNDICE F – Entrevista semiestruturada
(parte 3) questões norteadoras – segunda ligação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PARTE 2.	
QUESTÕES NORTEADORAS	
1. SOBRE ALIMENTAÇÃO NO DOMICÍLIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Como ele (a) tem evoluído neste último mês? - Teve dúvida no domicílio sobre alimentação por via oral ou dispositivo? Como resolveu? - Como tem sido o seu dia a dia nesse cuidado, no que se refere a oferta da alimentação? - Quais estratégias você utiliza para a oferta do alimento? - Quais as suas facilidades e dificuldades para isso? - Como você oferta o alimento para ele (a)? Pode me detalhar? - Você atenta-se para verificar se há alimento na cavidade oral do paciente? - O (A) idoso (a) demonstra alguma ação ou aversão para o alimento ou líquido (adaptado)? Caso sim, como você faz? - Durante a observação da oferta do alimento, você nota que o idoso apresenta algum sinal de tosse, pigarro, em caso positivo o que você faz? - Após a oferta do alimento, você realiza higiene bucal do (a) idoso (a)? Sim () Não () Como você realiza: - Caso o (a) idoso (a) faça uso de prótese como você cuida? Tem cuidado dessa limpeza? - Como você oferta o medicamento? Pode me detalhar? - Você incentiva o (a) idoso (a) comer sozinho, caso haja possibilidade? - Caso ele não coma pela boca, e a comida seja exclusiva pelo dispositivo de alimentação, você mantém as orientações de não ofertar nada pela boca? Ele (a) tem o costume de pedir? O que você observa? - Você conseguiu o acompanhamento de algum profissional de saúde, desde quando retornou para o domicílio, quem são esses profissionais? Foi pelo privado ou público? 	
2.USO DA GASTROSTOMIA/SONDA ENTERAL NO DOMICÍLIO	
<ul style="list-style-type: none"> - Você tem dúvida como ofertar a dieta por: Gastrostomia () Como tem sido feito: Sonda enteral () Como tem sido feito: 	
3.CUIDADO NO DOMICÍLIO	
<ul style="list-style-type: none"> -Você acredita que essa última ligação ajudou a esclarecer as suas dúvidas? Como foi essa experiência? - O que você não sabia a respeito deste cuidado com a pessoa idosa, e, agora consegue colocar em prática? 	

APÊNDICE G – Transcrição das falas dos participantes do estudo e suas categorias

Categorias:

1. ESTRATÉGIAS PARA O PREPARO E OFERTA DO ALIMENTO
2. CUIDADOS COM CONSISTÊNCIA ADEQUADA DO ALIMENTO
3. CUIDADOS DE HIGIENE ORAL OFERECIDO PELOS CUIDADORES
4. CUIDADOS DE INTERAÇÃO SOCIAL E POSTURA PARA ALIMENTAÇÃO
5. RECONHECIMENTO DA CONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

1. ESTRATÉGIAS PARA O PREPARO E OFERTA DO ALIMENTO

Nossa! Não sei se lembro das orientações, mas eu lembro de algo voltado para a alimentação, como a comida sempre mais cozida, pois ajuda na hora de engolir e para sempre dar com paciência e calma. **Bromélia**

Me orientaram sobre o uso e manuseio da gastrostomia, de nunca ofertar a dieta rápida para não encher o estômago e causar mal-estar. [...] eu já sei como fazer a comida, tudo bem batido e com a mão sempre limpa. Sempre dou água com a seringa. Eu faço tudo direitinho! **Onze horas**

No hospital foi dito como preparar a comida, eu entendi todas as orientações e consegui fazer em casa todas as etapas do processo da comida. Depois que ele voltou para casa, a alimentação precisava mudar, tudo passou a ser mais cozido e batido. **Manacá-da-serra**

Aprendi como ofertar e o que poderia passar pela gastrostomia. É necessário triturar bem os alimentos, então passei a utilizar a peneira para evitar a obstrução da gastrostomia. Fui orientada o que poderia passar pela gastrostomia, pois não deve ser de qualquer forma pois pode obstruir. **Jacarandá**

Os profissionais falaram sobre o preparo do alimento para ser administrado pela gastrostomia, de como eu precisava fazer o alimento. Tudo era batido e passado na peneira, para não ter pedaços, pois minha mãe não tinha condições de se alimentar por via oral. **Caliandra**

Foram muitos profissionais orientando no hospital. [...] falaram de como lavar a gastrostomia, de como fazer a comida para ficar mais pastosa e passar na gastrostomia. **Alamanda**

Recebi bem as orientações de como dar a comida. Precisava ser batida, para ela não ter dificuldade para se alimentar, pois tinha o risco dela engasgar com a comida. **Flor-de-maio**

A atenção que recebi foi muito boa, fui orientado para dar a comida a ele sem pedaços, pastosa e homogênea. **Ipê**

2. CUIDADOS COM CONSISTÊNCIA ADEQUADA DO ALIMENTO

Ela se alimenta por via oral, porém são alimentos na consistência pastosa homogênea. Ela nunca apresentou engasgos com as consistências líquidas. A mudança foi na carne, disseram para cozinhar mais, ou então, passar no liquidificador para ela comer sem dificuldade. É tudo batido para ficar na consistência pastosa homogênea. **Flor-de-maio**

[...] eu faço tudo direitinho, todo alimento dele é bem batido! Eu cozinho tudo no vapor, para os alimentos não perderem seus nutrientes. O arroz sempre dou integral, o feijão eu cozinho junto com a carne de músculo. Deixo a carne cozinhar junto para deixar seus nutrientes. O suco, sempre natural da fruta, bato no liquidificador e passo na peneira para deixar tudo fininho. **Onze horas**

Eu faço comida todos os dias para ele comer coisas saudáveis [...] a comida deve ser mais bem cozida e tento oferecer líquidos, mas, ele não gosta de beber água, reclama muito, muito mesmo! **Bromélia**

Para não ter o risco de engasgar, houve mudança no tipo do alimento. Essa mudança veio após ele apresentar o AVC (Acidente Vascular Cerebral). Então eu cozinho bem os alimentos e bato no liquidificador, fica mais fácil para ele comer! **Manacá-da-serra**

É necessário triturar bem os alimentos, passar na peneira, tudo isso para não ter entupimento da gastrostomia. Tudo deve ser passado pela gastrostomia de forma devagar, sem pressa. **Jacarandá**

Fui orientada a dar comida pastosa homogênea. As moças (profissionais de saúde) falaram para dar tudo bem cozidinho e batido, sem pedaços. A atenção que recebi foi muito boa! **Ipê**

Tudo precisa ser batido no liquidificador, não pode ter pedaços, então a peneira ajuda a deixar fino para ofertar pela gastrostomia. [...] tudo deve ser pastoso, para não entupir a gastrostomia, sempre faço isso! **Alamanda**

Fazer a comida agora ficou fácil, por ser tudo batido no liquidificador e passado na peneira, para depois passar na gastrostomia. [...] tem dois dias que estou ofertando feijão, arroz e carne. Também dou verdura, tudo triturado e coado. **Caliandra**

3. CUIDADOS DE HIGIENE ORAL OFERECIDO PELOS CUIDADORES

Me orientaram no hospital e eu estou fazendo. Ele come somente via gastrostomia. Como ele não está usando mais a dentadura, eu calço a luva na mão, pego a gaze, passo um pouquinho de enxaguante bucal e espremo bastante a gaze, para deixar ela úmida,

aí passo em volta da boca, peço para colocar a língua para fora para limpar tudo. **Alamanda**

Não tinha o costume de limpar a dentadura dele, agora, peço para abrir a boca, às vezes tem comida, eu limpo! Eu uso escova ou então gaze para limpar. Nós tiramos a dentadura dele, pois estava muito solta e ficamos com medo dele engolir. **Manacá-da-serra**

As orientações também foram sobre manter a higiene da boca, [...] ele consegue sozinho limpar os dentes. Ele escova e não bebe, cospe tudo, pois se beber o líquido, ele tosse. **Jacarandá**

Ele ainda tem quase todos os dentes. Graças a Deus ele limpa, mesmo com um braço esquecido (plegia) o outro ajuda durante a escovação. **Ipê**

Ela mesma escova os dentes, cospe e não bebe, pois toda vez que engole um pouco de líquido, ela tosse. Ela limpa a dentadura e consegue fazer tudo sozinha. **Caliandra**

Ele mesmo limpa a boca. Ele já consegue escovar sozinho. **Bromélia**

[...] Uso a gaze molhada, tiro todo o excesso, passo por toda boca, para manter ela limpa. Ele atende quando eu falo para colocar a língua para fora. **Onze-horas**

Nós tiramos a dentadura dela, ficamos com medo, pois notamos que estava muito solta. Me disseram que precisava fazer sempre a limpeza da boca. Eu uso a escova ou gaze para limpar! [...] e ela de vez em quando, até ajuda para cuspir. **Flor-de-maio**

4. CUIDADOS DE INTERAÇÃO SOCIAL E POSTURA PARA ALIMENTAÇÃO

[...] agora ele come sozinho com a mão esquerda, porque o outro braço é esquecido (plegia), ele se suja um pouco, mas mesmo assim, eu deixo ele comer só. Coloco ele sentado à mesa para comer com a gente, ele come e bebe sozinho, e fica feliz! **Ipê**

Colocamos ele sentado na cama com o apoio de travesseiro para dar a comida pela gastrostomia. Quando acaba, não deitamos ele logo para a comida não voltar. **Alamanda**

Quando ela come sozinha, a comida derrama mais, temos o costume de dar a comida, mas, deixamos ela também colocar umas colher na boca e ela come sozinha. Coloco ela sentada na mesa, ela vai pegando as coisas com a mão dela, a outra mão está esquecida (plegia). **Flor-de-maio**

Eu sempre coloco ele sentado para dar a comida e ele fica mais alerta para comer. Eu dou a comida devagar, pois sei que não pode ser rápido, [...] os líquidos derramam um pouquinho, vou dando golinho por golinho. **Manacá-da-serra**

[...] lembro dela (profissional de saúde) falar sobre melhorar a postura dele durante as refeições, colocar ele sentado, oferecer a comida pela gastrostomia sem pressa, e nunca oferecer de qualquer forma. **Jacarandá**

[...] Eu elevo a cabeceira da cama a 45 graus e ofereço a alimentação devagar pela gastrostomia. **Onze horas**

Ela come sentada na poltrona, e depois passo a comida pela gastrostomia, ela gosta de ficar sentada, então, deixo ela um tempo maior na poltrona. **Caliandra**

Eu sirvo a comida na mesa, e ele come sozinho, fica na cadeira de rodas mesmo, isso já ajuda. Ele fica bem sentado! **Brómélia**

5. RECONHECIMENTO DA CONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

Eu entendi que se caso ficasse engasgando direto, é sinal de que a comida vai para buraco (trajeto) errado. Então, eu pedi uma indicação de fonoaudióloga para avaliar, depois disso, tivemos a clareza do que poderia fazer para ele comer e como ajudar a ele a falar. **Ipê**

Às vezes ela pede água, eu dou só um pouquinho, e ela engasga direto, então, ela não está sarada ainda (disfagia). Ela não gosta de ver a comida toda batida, ela tem pedido para comer por via oral. Não posso dar a comida pela boca até que ela seja avaliada por um profissional (fonoaudiólogo), porque tem o risco da comida cair no caminho errado. Os testes de comida vão ser feitos pela fonoaudióloga, será que consigo isso? **Caliandra**

Eu sei que a alimentação dele deve ser somente pela gastrostomia, porém eu tenho notado que ele engole normalmente, e ele faz aquela deglutação (deglutição). Então, comecei a dar um pouco da comida batida para ele. Eu faço isso para ele não perder o paladar. Toda vez que eu dou um pouco dessa comida pastosa eu noto que, às vezes, ele tosse, pouquinho, bem pouquinho! Eu vou ver com meus familiares, como fazemos para pagar uma fonoaudióloga para avaliar. **Alamanda**

Ele não tinha condições de se alimentar por via oral, até passar por uma avaliação com o fonoaudiólogo. O risco de ofertar pela boca, sem uma avaliação é dele broncoaspirar a comida. **Jacarandá**

Chegou um certo momento que ela não conseguia engolir os alimentos sólidos, então solicitei a equipe de fonoaudiologia do hospital para avaliar a situação. **Flor-de-maio**

Eu coloco a comida na mesa e ele come sozinho. O problema é que ele não mastiga, come muito rápido e, por isso, eu tenho falado para ele mastigar bem a comida, não ter pressa, para não engasgar, mas ele é muito teimoso! Uma pessoa (profissional de saúde), eu não lembro bem, me falou que ele precisava de uma avaliação com a fonoaudióloga. **Bromélia**

Agora com esse tempo frio, ele está tossindo mais. No hospital, me falaram para ficar atenta caso essa tosse piorasse, pois poderia ter relação com a saliva, eu precisaria chamar uma fonoaudióloga para avaliar. **Onze-horas**

Estamos deixando ele comer sozinho, porém quando vai beber líquidos, noto que derrama pelo canto da boca. O pessoal (profissional de saúde) disse que a gente precisava de orientação pela fonoaudióloga. **Manacá**

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

<p>UFBA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ç HUPES/UFBA</p>	
--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS ADULTAS E

Pesquisador: Larissa Chaves Pedreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55433121.7.0000.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.282.090

Apresentação do Projeto:

O cuidado transicional hospital – domicílio é um apoio importante a pessoa com dependência funcional e seu familiar/ cuidador, preparando-os para o cuidado domiciliar, e monitorando, após a alta, a adaptação em domicílio. O envelhecimento populacional principalmente, elevou a demanda por cuidados continuados, e alterou o perfil geral de cuidadores domiciliares como pessoas de meia idade, sobrecarregadas, negligentes com o seu autocuidado e sem preparo adequado para as ações de cuidado a pessoa com dependência funcional. Logo, oferecer apoio a essas pessoas é primordial para diminuir sofrimento físico e mental, contribuindo para o sucesso do cuidado domiciliar a partir de uma transição segura.

Objetivo da Pesquisa:

Esse projeto tem três objetivos, correspondentes a três subprojetos:

1. Explorar a literatura existente sobre o cuidado transicional hospital-domicílio como apoio ao cuidador domiciliar de pessoas adultas/idosas com dependência funcional;
2. Analisar o cuidado transicional hospital- domicílio desenvolvido no Hospital Universitário para pessoas adultas/idosas, familiares/cuidadores.
3. Implantar um modelo de cuidado transicional hospital – domicílio para apoio a cuidadores domiciliares de pessoas adultas/idosas internadas no Hospital Universitário.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	CEP: 40.110-060
Bairro: Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br	

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA ¿ HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.282.090

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não representará risco físico, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano, nem favorecerá dano associado ou decorrente da pesquisa. Em alguns momentos poderá causar desconforto aos participantes, sendo que estes não serão obrigados a fazer parte. Assim, será assegurado o compromisso do pesquisador em manter sigilo dos dados e usar as informações, única e exclusivamente para fins científicos, preservando, integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

A proposta contribuirá para o aprofundamento teórico-prático acerca da temática, pouco discutida no Brasil. Permitira o aprendizado coletivo baseado em reflexões e discussões que requerem mudança de comportamento, contemplando ações para além do tecnicismo, comumente utilizado no processo de cuidado em nossas praticas de saúde. Ademais, contribuirá para a qualificação e a manutenção da continuidade do cuidado às pessoas internadas no Hospital Universitário, e o fortalecimento de elos entre a Universidade e a comunidade deste, sejam pacientes, familiares/cuidadores, profissionais de saúde, discentes ou docente.

Os possíveis benefícios resultantes da participação para o paciente e familiar/cuidador na pesquisa são ampliar o conhecimento e as ações sobre a continuidade do cuidado e ampliação do autocuidado a pessoa que retornou ao domicílio após alta hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide conclusões

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide conclusões

Recomendações:

vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme solicitado anteriormente, foi anexado novo TCLE onde todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, atendendo a Resolução CNS nº

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA ζ HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.282.090

466/2012, item IV.5d.

Assim, atendida as solicitações pela pesquisadora, consideramos APROVADO o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

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. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1792405.pdf	15/02/2022 18:51:00		Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.282.090

Outros	TCLEprofissional.pdf	15/02/2022 18:48:45	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPaciente.pdf	15/02/2022 18:47:47	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPPOSTACEP.pdf	15/02/2022 18:44:33	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisadorProjeto.pdf	31/01/2022 21:09:10	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	31/01/2022 21:07:12	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	TERMOUTILIZACaoDADOSPESQUISApag.pdf	31/01/2022 21:06:09	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CUIDADOS_DE_TRANSICAO_ATUAL.docx	27/01/2022 13:01:36	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/01/2022 12:27:57	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTOCUIDADOR.pdf	15/07/2021 21:00:49	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTOpaciente.pdf	15/07/2021 21:00:18	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEACOMPANHAMENTO.pdf	15/07/2021 20:58:59	Larissa Chaves Pedreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Março de 2022

Assinado por:
Pablo de Moura Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br