



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**IVANA SANTOS PINTO**

**AQUISIÇÃO DE MAESTRIA PELA CUIDADORA PARA A CONTINUIDADE DO  
CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR**

**SALVADOR**

**2023**

**IVANA SANTOS PINTO**

**AQUISIÇÃO DE MAESTRIA PELA CUIDADORA PARA A CONTINUIDADE DO  
CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para a 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”.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Chaves Pedreira

**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).

P659 Pinto, Ivana Santos

Aquisição de maestria pela cuidadora para a continuidade do cuidado após alta hospitalar/Ivana Santos Pinto. – Salvador, 2023.

101 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Larissa Chaves Pedreira.

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

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Cuidadores. 2. Alta do paciente. 3. Continuidade do cuidado.  
4. Cuidado transacional. 5. Enfermagem. I. Pedreira, Larissa Chaves.  
II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

**IVANA SANTOS PINTO**


**AQUISIÇÃO DE MAESTRIA PELA CUIDADORA PARA A CONTINUIDADE DO  
CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a 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 06 de outubro de 2023.**

**BANCA EXAMINADORA**


**Larissa Chaves Pedreira**

  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Maria Ribeiro Lacerda**

  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Paraná

**Juliana Bezerra do Amaral**

  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as cuidadoras que desempenham o papel de cuidador de forma majestosa. Essas cuidadoras cuidam de seu familiar com afinco e dedicação, mesmo em condições de transição insalubres. Desejo que este trabalho, e os frutos deles gerado, auxiliem na criação e fomento de políticas públicas que apoiem os cuidadores nesses processos de transições.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pois a fé que tenho nele não permitiu o esmorecimento nos dias nublados. A Deus dedico minha vida e seus frutos.

À minha mãe **Ivanete** e pai **Gonçalo** pelo apoio aos estudos e todo suporte necessário para seguir este caminho.

À minha Irmã **Fernanda Pinto**, pelo apoio incondicional, paciência e carinho. Agradeço todos os dias por ter você como irmã e amiga.

A minha amiga **Fabiola Cardoso**, pela amizade ao longo desses anos, pelo incentivo, força e apoio. Ao amigo **Jones de Oliveira**, obrigada por compartilhar suas vivências na vida acadêmica. Pelo incentivo, força, apoio e todo carinho e amizade.

Ao grupo do projeto de pesquisa e extensão “**Cuidado transicional hospital-domicílio a pessoas adultas e idosas**”, pela dedicação de todos, pois o Cuidado de transição e o acompanhamento dessas cuidadoras foram fundamentais para aquisição da maestria.

À amiga **Mariana Belmonte**, com quem compartilho não apenas uma pesquisa, mas os anseios, uma vida de lutas e vitórias. Nosso encontro foi de almas!

À amiga **Renata Amorin** que estiveram presentes nessa trajetória.

À **Escola de Enfermagem** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, pelo apoio e incentivo a pesquisa e pela oportunidade do mestrado acadêmico. Ao **corpo docente** por todo o aprendizado que contribuíram no decorrer desta pesquisa, na minha formação ética, profissional.

À professora **Nadirlene Gomes**, pelos ensinamentos, acolhimento e apoio durante todo o processo de mestrado. Meu eterno Carinho.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (**NESPI**), pelas discussões e reflexões que enriqueceram este trabalho e na construção pessoal e profissional.

Agradeço ao **Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP)**, pois foi durante minha vivência no programa de residência que estreitei os laços com a temática da saúde do idoso, cuidador familiar e a atenção primária como ordenadora do cuidado.

À banca, **Maria Ribeiro Lacerda e Juliana Bezerra do Amaral** que contribuíram com valorosas sugestões para o aprimoramento deste trabalho

Por fim, minha eterna gratidão e admiração a **Professora Larissa Chaves**, minha orientadora, que me conduziu nesse processo de transição chamado mestrado. Seu engajamento e experiência foram fundamentais na construção teórica – metodológica desta pesquisa. Sua dedicação e maestria como docente são inspiradores e impulsiona ao nosso melhor.

## **AGRADECIMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), BOL0742/2021.

This study was financed in part by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)- Finance Code BOL0742/2021.

## **AGRADECIMENTO**

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



## RESUMO

PINTO, Ivana Santos. **Aquisição de maestria pelo cuidador para a continuidade do cuidado após alta hospitalar.** 101f. 2023. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2023.

As cuidadoras que prestam cuidados de transição a pessoas com dependência funcional requerem o domínio de competências que garantam o sucesso da continuidade dos cuidados, este domínio do cuidado requer intervenções de enfermagem para apoiar a cuidadora. O estudo tem como objetivo compreender aspectos do desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, realizada em um hospital universitário de Salvador, Bahia, Brasil, entre julho e dezembro de 2022, com quatorze cuidadores de pessoas com dependência funcional que preencheram os critérios de inclusão. A coleta de dados foi realizada em três fases interligadas; na primeira fase houve análise documental (formulários utilizados pela pesquisa matriz) das pessoas sob os cuidados e respectivos familiares/cuidadoras responsáveis, colhendo dados sociodemográficos, de saúde e aspectos que influenciam a continuidade do cuidado; na segunda e terceira fases foram realizadas ligações telefônicas para convite a participar da pesquisa e aplicação de questionário semiestruturado para as cuidadoras participantes ao final do acompanhamento da pesquisa matriz, para identificar aspectos sobre a aquisição da maestria. Os dados foram organizados através do software *Web Qualitative Data Analysis*, analisados pela análise de conteúdo temática e discutidos à luz da Teoria das Transições proposta por Afaf Meleis. As cuidadoras foram mulheres, majoritariamente casadas, moradoras do interior da Bahia, em zona urbana, portadoras de doença crônica, em uso de medicamento, apoiadas de alguma forma por familiares. Todas cuidavam de pessoas com dependência para atividades de vida diária, algumas em uso de gastrostomia. Receberam durante o internamento orientações e treinamentos para os cuidados e foram acompanhadas por telefone após a alta. Cuidadoras com menos experiência de cuidado necessitaram de mais ligações para adquirirem maestria. Apenas duas cuidadoras não se sentiram situadas e engajadas nesse novo papel por diversos motivos, não alcançando a maestria. Os cuidados de transição são essenciais para a continuidade dos cuidados. Fornece suporte necessário ao longo do internamento e após a alta favorece a aquisição da maestria em cuidadoras engajadas.

**Palavras-chave:** Cuidadores; Cuidado transicional; Continuidade do cuidado; Transição do hospital para o domicílio; Enfermagem

## ABSTRACT

PINTO, Ivana Santos. **Acquisition of Mastery by the Caregiver for the Continuity of Care after Hospital Discharge.** 101f. 2023. Dissertation (Master degree) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2023.

Caregivers who provide transitional care to people with functional dependence require the mastery of skills that guarantee the success of continuity of care, this domain of care requires nursing interventions to support the caregiver. The study aims to understand aspects of the development of caregiver mastery for continuity of care after hospital discharge. This was an exploratory, qualitative research, carried out in a university hospital in Salvador, Bahia, Brazil, between July and December 2022, with fourteen caregivers of people with functional dependence who met the inclusion criteria. Data collection was carried out in three interconnected phases; in the first phase, there was a documentary analysis (forms used by the matrix research) of the people under care and their respective family members/responsible caregivers, collecting sociodemographic and health data and aspects that influence the continuity of care; In the second and third phases, telephone calls were made to invite people to participate in the research and a semi-structured questionnaire was administered to the participating caregivers at the end of the follow-up of the matrix research, to identify aspects about the acquisition of mastery. The data was organized using the Web Qualitative Data Analysis software, analyzed using thematic content analysis and discussed in light of the Theory of Transitions proposed by Afaf Meleis. The caregivers were women, mostly married, living in the interior of Bahia, in an urban area, suffering from a chronic illness, using medication, supported in some way by family members. They all cared for people with dependency in activities of daily living, some using a gastrostomy. During hospitalization, they received care guidance and training and were followed up by telephone after discharge. Caregivers with less care experience needed more calls to acquire mastery. Only two caregivers did not feel situated and engaged in this new role for various reasons, not achieving mastery. Transitional care is essential for continuity of care. It provides necessary support throughout hospitalization and after discharge, it favors the acquisition of mastery as engaged caregivers.

**Keywords:** Caregivers; Transitional care; Continuity of care; Transition from hospital to home; Nursing

## RESUMEN

PINTO, Ivana Santos. **Adquisición de dominio por parte del cuidador para la continuidad de la atención después del alta hospitalaria. 101f.** Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador. 2023.

Los cuidadores que brindan cuidados de transición a personas con dependencia funcional requieren el dominio de habilidades que garanticen el éxito de la continuidad del cuidado, este dominio del cuidado requiere intervenciones de enfermería para apoyar al cuidador. El estudio tiene como objetivo comprender aspectos del desarrollo del dominio del cuidador para la continuidad de la atención después del alta hospitalaria. Se trató de una investigación cualitativa, exploratoria, realizada en un hospital universitario de Salvador, Bahía, Brasil, entre julio y diciembre de 2022, con catorce cuidadores de personas con dependencia funcional que cumplieron con los criterios de inclusión. La recopilación de datos se llevó a cabo en tres fases interconectadas; en la primera fase se realizó un análisis documental (formularios utilizados por la investigación matricial) de las personas bajo cuidado y sus respectivos familiares/cuidadores responsables, recogiendo datos sociodemográficos, de salud y aspectos que influyen en la continuidad del cuidado; En la segunda y tercera fase, se realizaron llamadas telefónicas para invitar a las personas a participar en la investigación y se administró un cuestionario semiestructurado a los cuidadores participantes al finalizar el seguimiento de la investigación matricial, para identificar aspectos sobre la adquisición. de maestría. Los datos fueron organizados mediante el software Web Qualitative Data Analysis, analizados mediante análisis de contenido temático y discutidos a la luz de la Teoría de las Transiciones propuesta por el Afaf Meleis. Las cuidadoras eran mujeres, en su mayoría casadas, que vivían en el interior de Bahía, en una zona urbana, padecían una enfermedad crónica, utilizaban medicamentos y estaban apoyadas de alguna manera por familiares. Todos atendieron a personas con dependencia en las actividades de la vida diaria, algunos mediante gastrostomía. Durante la hospitalización, recibieron orientación y capacitación asistencial y fueron acompañados telefónicamente después del alta. Los cuidadores con menos experiencia en cuidados necesitaron más llamadas para adquirir dominio. Sólo dos cuidadores no se sintieron situados y comprometidos en este nuevo rol por diversas razones, no logrando dominarlo. La atención de transición es esencial para la continuidad de la atención. Proporciona el apoyo necesario durante la hospitalización y después del alta, favorece la adquisición del dominio como cuidadores comprometidos.

**Palabras-clave:** Cuidadores; Atención de transición; Continuidad de la atención; Transición del hospital al hogar; Enfermería

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma Teoria de médio alcance (traduzida) .....	33
<b>Figura 02-</b> Fluxograma do processo de seleção dos participantes após aplicabilidade dos critérios inclusão e exclusão .....	41
ARTIGO/ MANUSCRITO 1	
<b>Figura 1-</b> Categorização interpretativa com apoio do sistema de codificação do software WebQda.....	51

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Caracterização das cuidadoras de pessoas com dependência funcional conforme aspectos sociodemográficos e de saúde, Salvador, Bahia, Brasil, 2023.....	53
<b>Quadro 2.</b> Caracterização das cuidadoras de pessoas com dependência funcional referente a prestação do cuidado; e caracterização das pessoas dependentes dos cuidados, Salvador, Bahia, Brasil, 2023.....	55
<b>Quadro 3.</b> Caracterização da rede de apoio, do acompanhamento e telemonitoramento das cuidadoras durante hospitalização e após alta, Salvador, Bahia, Brasil, 2023.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CT – Cuidado de transição

DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica CT- Cuidado Transicional

ESF -Estratégia de Saúde da Família

EEUFBA- Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

WebQDA- *Web Qualitative Data Analysis*

NESPI - Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso

SUS- Sistema Único de Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>21</b>
<b>3. Projeto Matriz.....</b>	<b>22</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>24</b>
4.1 A cuidadora familiar como agente social essencial na continuidade do cuidado após alta hospitalar.....	24
4.2 Continuidade do cuidado após alta hospitalar: conceitos e dimensões.....	27
4.3 Cuidados de Transição hospital-domicílio: intervenções para aquisição da maestria da cuidadora familiar.....	29
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>31</b>
5.1 Transição do cuidado hospital - domicílio à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	31
5.2 A cuidadora e a transição para um novo papel social: das naturezas, condições e padrões de respostas.....	33
5.2.1 Naturezas da transição.....	34
5.2.2 Condições das transições (pessoais, comunitárias e sociedade).....	36
5.2.3 Padrão de resposta das transições: indicadores de processo e de resultado.....	37
<b>6. METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
6.1 Tipo de estudo.....	39
6.2 Lócus do estudo.....	39
6.3 Participantes.....	39
6.4 Critérios de inclusão.....	40
6.5 Critérios de exclusão.....	40
6.6 Coleta de dado.....	41
6.7 Organização e análise dos dados.....	42
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>43</b>
7.1 Processo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44

7.2 Riscos e benefícios.....	45
7.3 Segurança na transferência e no armazenamento dos dados.....	45
7.4 Análise do Comitê De Ética Em Pesquisa.....	45
<b>8. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
8.1 Manuscrito - Aquisição de maestria pelo cuidador para a continuidade do cuidado após alta hospitalar.....	46
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE A - Questões Norteadoras.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>
ANEXO I - Escala de Fugulin.....	79
ANEXO II - Instrumento de coleta de dados da pessoa adulta/idoso hospitalizada.....	80
ANEXO III - Instrumento de coleta de dados do familiar/cuidador responsável.....	83
ANEXOS IV -Instrumento para coleta de dados do ambiente domiciliar.....	87
ANEXO V - Instrumento para monitoramento remoto pós alta.....	88
ANEXO VI - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- HUPES).....	92
ANEXO VIII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	93
ANEXO IX - Código em Árvore <i>gerado pelo Software Webqda</i> .....	96
ANEXOS X - Fragmentos das falas das entrevistas das participantes, unidades de registro do <i>software WebQDA</i> .....	97



## 1. INTRODUÇÃO

A transição do cuidado entre o hospital e o domicílio é um processo complexo e dinâmico (Allen et al., 2014). Expressa uma mudança no estado de saúde/doença, de natureza situacional, que envolve redefinições e relações de papéis, para pessoas acometidas e seus familiares (por exemplo de familiar para cuidadora<sup>1</sup>) altera expectativas e requerendo novas habilidades. Por relacionar-se a transformações, envolve tempo, engajamento, percepção, conhecimento e reconhecimento do processo vivenciado, sendo estas algumas propriedades que se associam a transição saudável e aquisição da maestria (Meleis et al., 2000).

No caso da cuidadora família, o movimento da transição do cuidado deve ocorrer ainda durante o internamento da pessoa sob os cuidados, se prolongando após a alta, quando os envolvidos devem ser acompanhados em sua adaptação no domicílio, visando a continuidade dos cuidados (Lima et al., 2018). Neste momento, segundo a Teoria das Transições da enfermeira Dra. Afaf Meleis, a cuidadora vivencia transições situacionais, de saúde - doença e desenvolvimentais. No que concerne a maestria, esta ocorre quando a cuidadora desenvolve novas competências e habilidades, tanto cognitivas como motoras, que são incorporadas no seu cotidiano. Ademais, adquirem autoconfiança, capacidade de tomar decisões e de utilizar adequadamente os recursos necessários quando ocorre a transição entre diferentes níveis assistenciais (Meleis et al., 2000; Chen et al., 2021).

A alta hospitalar é um momento de transição do cuidado em nível de rede, da atenção terciária para atenção primária, quando ocorre alterações no cotidiano da pessoa, que é responsabilizada pelo seu autocuidado e/ou do familiar, que assume o papel de cuidadora. Essa situação geralmente não é abordada de modo eficaz durante o internamento e, conseqüentemente, pode acarretar perda da continuidade do cuidado após a alta (Ferreira et al., 2019).

O cuidado transicional (CT) é o conjunto de ações planejadas e direcionadas que objetiva garantir segurança e continuidade à assistência, desenvolvida pela equipe multiprofissional. O planejamento da alta, monitoramento e apoio a cuidadora familiar nos primeiros meses após esta, são algumas intervenções realizadas para que a transição do cuidado transcorra de maneira segura (Lima et al., 2018; Menezes et al., 2019).

Essas ações, centradas nas necessidades da pessoa acometida e de suas cuidadoras, sejam familiares ou não, têm impactos positivos e podem reduzir o tempo de internação e

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, em virtude das participantes terem sido todas mulheres, será utilizado o termo cuidadora.

readmissão hospitalar, risco de mortalidade, má adesão ao tratamento, eventos adversos relacionados aos medicamentos de uso contínuo, além de melhorar a atividade de vida diária dos pacientes e cuidadoras, reduzindo também custos de saúde (Rasmussen et al., 2021; Goldstein et al., 2016; Nall et al., 2020; Batista et al., 2021).

Uma transição saudável requer planejamento adequado e individualizado, principalmente quando envolve pessoas com dependência funcional que necessitam de um sistema efetivo que garanta a continuidade do cuidado (Menezes et al., 2019; Costa et al., 2020). Exige ainda, elementos essenciais como comunicação efetiva e preparo do paciente e familiar cuidadora com foco na educação em saúde para autogestão/autocuidado domiciliar (Lima et al., 2018). Esse movimento, quando realizado de forma adequada, facilita na aquisição da mestria.

Dessa maneira, o CT deve ser formulado antecipadamente, a partir da admissão, em conjunto com a equipe multiprofissional, indivíduo e familiar/cuidadora para um padrão de resposta satisfatório (Meleis et al., 2000). Contudo, na prática clínica, esse cuidado, muitas vezes, é realizado abrupta e superficialmente sem considerar as habilidades psicomotoras da cuidadora, as condições de suporte dos serviços da atenção primária e as necessidades individuais da pessoa acometida. Informações necessárias, frequentemente, são fornecidas para a pessoa e a cuidadora apenas no momento da alta, próximo a saída do hospital (Weber; Lima; Acosta, 2019; Silva et al., 2021).

Essa conduta pode levar a um acúmulo de informações, incertezas futuras e falta de segurança no cuidado, podendo ser condicionantes inibidores para uma transição saudável. Estudos evidenciam que as cuidadoras familiares enfrentam diferentes desafios durante o processo de transição como: sobrecarga do cuidado, insegurança na assistência, falta de apoio social e institucional, mudanças das relações sociais e familiares, comunicação ineficaz entre profissionais e familiares e a rede de saúde (Chen et al., 2021; Ashbourne et al., 2021; Wang et al., 2021).

Nesse regresso para casa, geralmente algum membro da família assume o papel de cuidadora, que assegura os cuidados, muitas vezes, de forma intuitiva. Assim, eventos indesejados podem ocorrer a pessoa sob cuidados, e até mesmo a cuidadora, devido à sobrecarga física e emocional a qual este se encontra exposto. Essa situação decorre tanto da ausência ou insuficiência de orientações recebidas no hospital, que não atendem às reais necessidades da cuidadora, como também pelo pouco tempo que esta tem para compreender as orientações, geralmente oferecidas próximo a alta. Tal situação potencializa o estresse a cuidadora para além do que ele já está exposto (Bellato et al., 2016; Ashbourne et al., 2021).

A falta de preparo e suporte inadequado inibem a transição segura, e pode torná-la insalubre, gerando riscos e vulnerabilidades. Isso contribui para a insuficiência do papel do cuidador familiar, caracterizado por dificuldade para desempenhar essa função. Dessa forma, influencia em seu adoecimento físico e mental, e dificulta a aquisição de novos domínios e habilidades para administrar a situação (Costa, 2016; Magagnin et al., 2021).

A experiência de cuidar de uma pessoa com dependência em domicílio tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. A alta demanda em saúde relacionada à transição epidemiológica e demográfica, a cronicidade das doenças, necessidade para maior rotatividade de leitos e redução de tempo de internação hospitalar, tensionam os sistemas de saúde e sinalizam para a importância do CT como estratégia capaz de superar a fragmentação do cuidado em saúde, garantir suporte às famílias e a continuidade do cuidado em todos os pontos da rede de saúde (Onwumere et al., 2021; Bellato et al., 2016; Weber; Lima; Acosta, 2019).

Apesar do CT ser considerado uma estratégia capaz de garantir a qualidade do acompanhamento após alta e domicílio, para a cuidadora somente é eficaz quando esse suporte é direcionado as suas demandas e necessidades. Estudos evidenciam lacunas no conhecimento sobre o cuidado transicional e os impactos para a cuidadora familiar, no que concerne os fatores que influenciam o desenvolvimento de habilidades e maestria que garantam a continuidade do cuidado (Magagnin et al., 2021; Reeves et al., 2021; Kraun et al., 2022).

Essa continuidade do cuidado ocorre a partir de três dimensões: informacional, relacional e gerencial (Haggerty et al., 2003), expressado através da oferta de um serviço contínuo, interligado e coordenado, bem como, a conexão entre as ações de cuidado e interação entre cuidadora familiar, equipe de saúde e articulação da rede atenção à (Utzumi et al., 2018; Cunha; Giovanella, 2011; Santos et al., 2022).

Para assegurar eficácia do cuidado envolvendo a cuidadora e a aquisição da maestria, faz-se necessário a integração de ações que envolvem os cuidados transicionais, com planejamento antecipado da alta hospitalar, educação em saúde, telemonitoramento e visita domiciliar no período crítico após a alta. Essas ferramentas são importantes para a qualidade desse processo (Rodrigues et al., 2021; Silva et al., 2021) e, quando aliadas, são determinantes para gerenciar o processo de transição segura e colaborar com a aquisição da mestria pela cuidadora.

É inquestionável que pessoas com dependência funcional e suas cuidadoras, possuam experiências e necessidades específicas na transição ao domicílio, relacionadas a diversos fatores do contexto de vida, que não podem ser atendidas com um serviço ou intervenção única

e geral. É importante a articulação de diversos seguimentos (suporte formal e informal) em redes de saúde e social, para o treinamento, plano de alta, monitoramento e apoio, fazendo parte desta, além dos profissionais da saúde, membros da família, organizações religiosas, associações comunitárias, vizinhos entre outros (Bellato et al., 2016; Lima et al., 2018; Weber et al., 2017).

Diante disso, questiona-se: Quais os aspectos a serem considerados no desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado na transição hospital-domicílio?

Esse período pode ser considerado crítico para a adaptação, com dúvidas relacionadas ao cuidado e negligência deste, medos, ansiedade, deficiência no autocuidado, entre outros, principalmente se ocorre fragilidade na articulação das redes social e de saúde. A falta de suporte no regresso para casa pode induzir práticas danosas e, conseqüentemente, agravar a condição de saúde da pessoa cuidada, acarretando, na cuidadora, sentimento de culpa e desequilíbrio físico e mental. Logo, o período de transição do cuidado é propenso, dentre outras coisas, para estimular habilidades físicas e mentais que contribuam para uma resposta positiva em relação à aquisição da maestria no cuidado (Rodrigues et al., 2021; Santos et al., 2019).

A cuidadora familiar exerce um papel essencial na família, sociedade e para os serviços de saúde. Assim, é importante para a continuidade do cuidado em domicílio, compreender como o suporte oferecido durante esse processo influencia na aquisição da maestria, a fim de elaborar as melhores estratégias para o seu acompanhamento.

## **2. OBJETIVO**

- Compreender os aspectos no desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado na transição hospital- domicílio.

Essa dissertação faz parte de um projeto de pesquisa e extensão realizado no Hospital Universitário de Salvador. Logo, esse conhecimento apoiará o cuidado que já ocorre na enfermaria lócus do projeto, tendo a pretensão de se estender a todo hospital, podendo ser replicado em demais serviços. Sua relevância é ampliar a percepção do cuidado integral e eficaz nas situações de mudanças do papel de cuidadora familiar de pessoas com dependência funcional, fomentando estratégias e intervenções no processo de transição hospitalar para o domicílio, reduzindo as situações de risco e potencializando o cuidado domiciliar.

Observa-se, ao longo do projeto, a importância de reorganizar ações para apoiar a transição do cuidado de pacientes e familiares/cuidadoras do ambiente hospitalar ao domiciliar, especialmente para aquelas pessoas que saem de alta com dependência funcional, em uso de dispositivos e grande necessidade da continuidade dos cuidados. Estas estão mais vulneráveis, com alto risco de evento adverso e reinternação, e seus familiares/cuidadoras frequentemente experimentam sobrecarga física e mental, além de adoecimento devido a insuficiência de suporte para desenvolverem o seu papel.

### **3. SOBRE O PROJETO MATRIZ QUE DEU ORIGEM A ESSA DE PESQUISA**

A investigação parte do projeto matriz intitulado “Cuidado de Transição Hospital-Domicílio a Pessoas adultas e idosas”. Esta proposta surgiu através de uma extensão universitária que teve início em 2019, na Unidade do Sistema Neuromusculoesquelético – Enfermaria 3C, do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), cujo objetivo é implementar o cuidado de transição hospital-domicílio a pessoas idosas hospitalizadas e com plano de alta, e a seus familiares/cuidadoras, visando oferecer o suporte necessário para a continuidade do cuidado, através de orientação, treinamento e monitoramento.

Foi planejada e desenvolvida por professoras, estudantes de graduação e de pós-graduação da Escola de Enfermagem em parceria com a Comissão de Educação Permanente em Enfermagem (CEPE) do hospital, sob a coordenação da Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira, do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI), da linha de pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA).

Participantes da pesquisa são pessoas adultas/idosas internadas na unidade e suas cuidadoras familiares. As pessoas hospitalizadas devem possuir, como critério de elegibilidade, pontuação entre 23 e 28 da Escala de Fugulin (Anexo I), além de indicação da equipe multiprofissional, após reunião semanal, onde os casos são discutidos.

A escala de Fugulin é utilizada na enfermaria como instrumento para organização administrativa e assistencial, e no dimensionamento da equipe de enfermagem em atender direta ou indiretamente às necessidades da pessoa hospitalizada. Essa escala avalia e pontua áreas do cuidado, tais como: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminações e terapêutica e, através desta, classifica as pessoas em níveis de dependência para os cuidados de enfermagem. Estando na pontuação entre 23 e 28, a pessoa é classificada como de alta dependência (Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2005).

Os participantes elegíveis são abordados para coleta de dados através de um formulário semiestruturado, para caracterização dos aspectos sociodemográficos e de saúde da pessoa hospitalizada (anexo II), cuidadoras principais (anexo III), condições do domicílio (anexo IV). Após coleta dessas informações, é realizado o plano assistencial para acolher as demandas de cuidados e necessidades de treinamento/habilidades psicomotoras da cuidadora para continuidade do cuidado após alta.

É importante salientar que no período da internação hospitalar as pessoas e seus familiares responsáveis/cuidadoras são assistidas pela equipe da unidade da referida unidade. Contudo, durante o internamento são desenvolvidas intervenções educativas direcionadas a partir da demanda (identificada pelos instrumentos de coleta – anexos II, III, IV), como orientações para manuseio de dispositivos (sondas vesicais, sonda de gastrostomia, entre outros), cuidados e prevenção de lesões de pele, mobilidade, autocuidado para a cuidadora familiar, pela equipe assistencial (seguindo o que já ocorre na unidade) e integrantes do projeto. Nesse período, conforme a demanda, são oferecidas também manuais, cartilhas e vídeos educativos junto às orientações, já construídos no projeto. Tais intervenções visam preparar a cuidadora para o autogerenciamento do cuidado, com oferta de conteúdo educativo para orientá-los a prestar o cuidado à pessoa com dependência e a si próprio, no sentido de evitar lesões osteomusculares decorrentes das atividades cotidianas.

Após a alta, inicia-se o acompanhamento por telemonitoramento, via ligações, chamadas de vídeo e mensagens por aplicativo de mensagens instantâneas, a depender da necessidade. O telemonitoramento ocorre entre a primeira semana e os 90 dias subsequentes após a alta hospitalar. As ligações são realizadas semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente do segundo e uma ligação no terceiro mês, sendo que a primeira ligação preferencialmente no terceiro dia (72 horas) após a alta. É importante salientar que os participantes têm liberdade para contactar o membro da equipe fora do período das ligações, e sempre que há dúvidas e demandas novas.

O telemonitoramento é guiado por um instrumento (ANEXO V) onde os participantes fornecem informações autodeclaradas referentes ao estado de saúde, utilização de serviços das redes de atenção à saúde e adaptação à nova condição.

Durante a pandemia da Covid – 2019, o projeto sofreu adaptações para adequar-se às novas demandas e necessidades de biossegurança. A captação dos pacientes passou a ser realizada por membros da equipe assistencial do hospital vinculados ao projeto. As orientações e treinamentos foram realizadas por meio de ligações telefônicas e chamadas de vídeo, seguindo

o cronograma de monitoramento após alta ou de acordo com as necessidades individuais e familiares.

Este foi um momento desafiador para os profissionais, as pessoas hospitalizadas e a cuidadora/familiar, principalmente devido ao distanciamento social, a suspensão das visitas e fragilidade nos suportes formais com reorganização da rede atenção à de saúde para atender a demanda advinda da pandemia (Sumikawa; Yamamoto-Mitani, 2021).

Em 2022, a atividade de extensão foi aprovada enquanto projeto de pesquisa, sendo ampliado, com novo título incluindo pessoas adultas e idosas: Cuidado transicional hospital-domicílio a pessoas adultas e idosas. A aprovação ocorreu no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-HUPES), **CAAE:** 55433121.7.0000.0049, **Número do Parecer:** 5.282.090 (Anexo VI). Assim, possibilitou maior escopo de atuação e fortalecimento de ações realizadas na unidade, contudo com aprovação para realização em todo o hospital. Em 2022, também, com o controle da pandemia da Covid-19, as atividades voltaram a ser presenciais com acompanhamento no hospital e posterior telemonitoramento.

A pesquisa matriz produz diversas pesquisas e projetos relacionados ao tema, já desenvolveu três dissertações de mestrado, quatro projetos de extensão e pesquisa universitária, uma tese de doutorado e uma dissertação em desenvolvimento. Atualmente o projeto conta com enfermeiras e fisioterapeutas profissionais da unidade hospitalar, estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem, fonoaudiologia e fisioterapia da UFBA.

A minha aproximação com a temática ocorreu da vivência no projeto. Esta pesquisa em tela é um recorte da pesquisa matriz apresentada acima.

## **4.REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 A cuidadora familiar como agente social essencial na continuidade do cuidado após alta hospitalar.**

O ato de uma pessoa da família cuidar de um familiar adoecido ou dependente funcional é comum a diversas culturas, sendo uma atividade que pode ser motivada por normas sociais, culturais, morais, afetivos, contextos econômicos e políticos. Assim, na maioria das vezes, o familiar assume a responsabilidade direta e indireta pelas decisões para realizar os cuidados de manutenção da vida e administrativos em domicílio após alta hospitalar (Bellato et al., 2016; Mafra, 2011).

Define-se cuidadora, a responsável por cuidar da pessoa, em qualquer ciclo de vida que dependa de outrem, facilitando o exercício de suas atividades diárias e instrumentais, tais como alimentação, auxílio nos cuidados pessoais, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas, administrar as medicações conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde e acompanhamento aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano (Diniz et al., 2018; Wang et al., 2021). Esses cuidados podem ser empreendidos por cuidadoras formais e/ou familiar.

A cuidadora formal é o profissional que contribui nas tarefas cotidianas — por exemplo, a alimentação e a higiene corporal, saúde, e no bem-estar da pessoa assistida, em qualquer ciclo de vida (crianças, jovens, adultos e idosos), sendo preparado com curso de qualificação para tal atividade, e recebem remuneração pelos serviços prestados (Brasil, 2003). A profissão de cuidadora é regulamentada dentro da categoria dos empregados domésticos (Brasil, 2015).

Já a cuidadora familiar exerce atividade sem remuneração e preparo prévio para assumir a função, realizada geralmente por alguém da família ou comunidade, que tem sua identidade intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, baseada nos contextos sociais e culturais (Diniz et al., 2018; Garbaccio; Tonaco, 2019).

Cabe ressaltar que não fazem parte da rotina da cuidadora formal e/ou familiar técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem que foca na manutenção da vida do assistido (Brasil, 2003; Brasil, 1986).

No Brasil, a maioria das cuidadoras são familiares e estudos que traçaram o seu perfil sociodemográfico mostram que são majoritariamente mulheres, com média de idade em 57,4 anos, nível médio de escolaridade e renda familiar de um salário-mínimo (Brasil, 2019). Em relação ao grau de parentesco são filhas e cônjuges, dedicando-se em tempo integral e com carga horária média de 19 horas por dia (Pires et al., 2020; Costa et al., 2020; Garbaccio; Tonaco, 2019).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, em 2019, 9,5% (3,3 milhões) das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas Atividades Básicas ou Instrumentais de Vida Diária (ABVD) e (AIVD), ou seja, um em cada quatro idosos dependia de outra pessoa para executar os seus cuidados diários e de saúde. Esses números são mais expressivos quando acrescidos fatores socioeconômicos, regionais, escolaridade e idade, o que pode tornar mais difícil a adaptação no domicílio, o acesso aos serviços e insumos de saúde e a transmissão das orientações, em situações de transição dos cuidados (Brasil, 2019; Amaral et al., 2020; Pires et al., 2020).



Dados nacionais apontam que o número de familiares que dedicavam-se aos cuidados de pessoas idosas com algum grau de dependência funcional na comunidade passou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019 (Brasil, 2020). Esses dados coincidem com avaliações internacionais, a exemplo do Reino Unido que constatou, em 2020, que 4,5 milhões de pessoas desempenhavam a função de cuidadora informal (Cares, 2020). Evidencia-se assim as vulnerabilidades após a alta e a necessidade de apoio a cuidadora familiar para desempenhar essa atividade.

A experiência de cuidar de uma pessoa com dependência em domicílio tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. As crescentes demandas em saúde relacionadas à transição epidemiológica, a prevalência das doenças crônicas, comprometimento funcional, vulnerabilidade para eventos adversos e lenta recuperação associada às comorbidades e a fragilidade dos sistemas de saúde e recursos limitados, sinalizam para a relevância da cuidadora familiar para a continuidade do cuidado e adaptação dessas pessoas ao domicílio (Weber et al., 2017).

O suporte a cuidadora familiar pode ser desenvolvido de maneira formal por meio das instituições de saúde com visitas domiciliares e planejamento seguro da alta hospitalar, com destaque para as ações de cuidados transicionais que contam com o suporte funcional (apoio informativo, instrumental, avaliação do ambiente e treinamento de habilidade cognitiva e motora da cuidadora). Também pode ser oferecido por meio do apoio social e informal, composto pela rede de familiares, amigos, cuidadoras e vizinhos (Menezes et al., 2019; Weber et al., 2017).

Experiências pontuam a influência positiva do cuidado transicional hospital-domicílio no apoio a cuidadora e redução de reinternações hospitalares vinculadas a complicações da pessoa sob os cuidados, principalmente quando estes são incluídos no processo de tomada de decisão, envolvimento e participação no cuidado durante internação hospitalar (Kraun et al., 2022; Rasmussen et al., 2021).

Uma pesquisa que analisou 203 pacientes internados na clínica de um hospital universitário na Florida/ Estado Unidos, observou que o acompanhamento interprofissional para a transição de cuidado reduziu os reinternamentos em 60% durante 90 dias após alta hospitalar no grupo de intervenção, quando comparado ao grupo controle que recebeu apenas o acompanhamento que já ocorria na clínica. O grupo de intervenção, além do acompanhamento padrão da clínica, recebia acompanhamento ambulatorial, reconciliação medicamentosa e articulação dos cuidados com a atenção primária de saúde (Nall et al., 2020).

Outro estudo epidemiológico com 210 pacientes, em um hospital no Sul do Brasil, avaliou a qualidade do cuidado transicional e sua associação com os reinternamentos e através de itens como às orientações sobre o autogerenciamento dos cuidados, o plano de alta e encaminhamentos após alta hospitalar. Os autores observaram que além da gravidade e complexidade das condições de saúde dessas pessoas, fatores como a fragilidade no sistema de saúde, a ausência de políticas nacionais e a falta de suporte para a cuidadora familiar contribuem para transições inseguras e aumentam a incidência de readmissões hospitalares por causas evitáveis (Weber; Lima; Acosta, 2019).

Ainda que a repercussão da readmissão hospitalar nos sistemas de saúde seja relevante, esta também gera impactos psicológicos, sobrecarga física e financeira significativa para as famílias e cuidadoras. Logo, são necessários meios que forneçam suporte centrado na cuidadora (Nall et al., 2020).

A cuidadora familiar integra uma importante rede de apoio social. Acompanha e auxilia à pessoa com dependência funcional realizando os cuidados no domicílio, que incluem não apenas ajuda em desempenhar as ABVD e AIVD, mas facilitar o acesso a instalações e serviços públicos da comunidade, ajudar na socialização para evitar isolamento e solidão, na segurança financeira e ainda dar conta do seu autocuidado (Pires et al., 2020; Mafra, 2011). Assim, é um agente essencial para os sistemas de saúde e assistência social diante da conjuntura que exige alta demanda dos serviços de saúde, recursos financeiros e necessidade de cuidados contínuos.

#### **4.2 Continuidade do cuidado após alta hospitalar: conceitos e dimensões**

A continuidade do cuidado, um conceito que representa vários elementos de um modelo de cuidados coerentes e interligado de longo prazo. Esse tempo varia de acordo com as demandas de saúde existentes (Utzumi et al., 2018; Meiqari et al., 2019). Necessita da interação e engajamento dos profissionais de saúde, pessoa e família para os objetivos e metas pactuados sejam alcançados (Utzumi et al., 2016).

O modelo de Haggerty et al (2003), um dos mais adotados nos estudos acerca do tema, explica a continuidade do cuidado a partir de três dimensões: informacional, relacional e gerencial.

Continuidade informacional é o elemento que permite a conexão de informação relativas a condição clínica, psicossociais, entre diferentes pontos da assistenciais para a direção do cuidado (Haggerty et al., 2003).

Continuidade gerencial é especialmente importante na doença clinicamente complexa ou crônica que necessita do envolvimento de vários serviços para a condução do cuidado (Haggerty et al., 2003). O cuidado é expresso através da oferta de um serviço contínuo, que ocorre pela integração, coordenação, compartilhamento de informações e comunicação adequada entre a equipe dos serviços de saúde em diferentes pontos da rede de atenção (Utzumi et al., 2018).

Já a continuidade relacional trata da uma progressiva relação terapêutica entre a pessoa e um ou mais serviços e profissionais de saúde ao longo do tempo, que oferece a percepção de garantia do cuidado futuro para assegurar o atendimento às necessidades da pessoa e cuidadora familiar (Haggerty et al., 2003; Utzumi et al., 2018).

Salienta-se que os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado, apesar de serem utilizados como sinônimos na literatura, possui bases conceituais diferentes. O primeiro trata-se do acompanhamento do usuário ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde (APS), é considerada característica central deste nível assistencial, sendo também uma das diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica (Brasil, 2017).

Já a continuidade do cuidado está associada integração de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e sólidos (Cunha; Giovanella, 2011; Santos et al., 2022).

Assim, para esta pesquisa, considerando como pilar o Cuidado de Transição hospital-domicílio, definiu-se como conceito de continuidade do cuidado a conexão entre as ações de cuidado e interação entre cuidadora familiar e equipe de saúde, bem como, a articulação da rede atenção à saúde para uma transição saudável.

Observa-se que para sob óptica da cuidadora a continuidade do cuidado está relacionado a interação entre o profissional, pessoa e cuidadora familiar. Onde se estabelecer uma relação de confiança, reciprocidade, e percepção de responsabilidade entre os mesmos. Os profissionais de saúde, assume comprometidos com o cuidado, compartilhamento como uma prática necessária ao cuidado de si e a continuidade do cuidado. Não havendo sujeito passivo nessa relação, a cuidadora também assume o papel de protagonismo, com a participação ativa, efetivar e continua no acompanhamento de saúde do seu familiar (Utzumi et al., 2018).

Falhas nesse sentido, ou descontinuidade do cuidado, podem pôr a saúde do indivíduo em risco, riscos de iatrogênia, perda de referências, causar duplicidade de condutas e adiciona custos evitáveis para o sistema de saúde e assistência social, sendo necessário, para tanto, que os distintos profissionais e serviços trabalhem de forma integrada e articulada, o que é possível

por meio de protocolos e planos de gestão do cuidado coerentes com as necessidades da pessoa e família (Utzumi et al., 2018; Cunha; Giovanella, 2011; Santos et al., 2022).

#### **4.3 Cuidados de Transição hospital-domicílio: intervenções para aquisição da maestria da cuidadora familiar**

A alta hospitalar é um momento de alteração no cotidiano da cuidadora que torna-se responsável pelos cuidados de ABVD e AIVD das pessoas com dependência funcional, além de deparar-se com alterações nas rotinas sociais, familiares e laborais, assumindo ainda a gestão do cuidado. Logo, encontra-se cercada por dúvidas, apreensões, medo e insegurança diante das novas funções, a exemplo de cuidados relacionados a administração de medicamentos, banho, mudança de decúbito, manejo de sondas e drenos, entre outras atividades relacionadas a assistência de uma pessoa com dependência funcional no domicílio (Fisher et al., 2021).

Nesse momento, as orientações disponibilizadas a cuidadora, comumente estão focadas na prestação de cuidados generalistas, desalinhados da sua realidade, escolaridade, condição financeira e rede de apoio. Assim, retornando ao domicílio com o seu ente dependente de cuidados, mesmo após orientações no hospital, dúvidas residuais podem surgir, em especial no primeiro mês após a alta, quando a cuidadora domiciliar precisa assumir o papel principal de cuidado, e ainda está se adaptando a este (Occelli et al., 2016; Ashbourne et al., 2021). Dessa maneira, o suporte na transição do cuidado é necessário.

Para um processo de transição saudável e sem danos para a cuidadora e a pessoa sob sua responsabilidade, é importante elaborar e implementar estratégias no seu preparo para retorno ao domicílio, auxiliando a cuidadora às novas adaptações. A aquisição da maestria da cuidadora familiar para o cuidado é um indicador de resultado do processo de transição, e demonstra a qualidade do suporte ofertado. Ademais, está diretamente relacionada ao tempo, a ter consciência da situação, ao domínio de novas competências, aptidão e engajamento nesse processo (Meleis, 2010).

As dificuldades para a aquisição da maestria para o cuidado podem implicar em tratamento inadequado, aumento da morbimortalidade, insatisfação, conflitos familiares, sobrecarga e adoecimento da cuidadora, eventos adversos, além do uso inapropriado dos serviços de saúde com aumento nos custos. Logo, é relevante incentivar e possibilitar que os familiares auxiliem nos cuidados durante a internação sempre que seguro, favorecendo o desenvolvimento das habilidades para desempenho do cuidado em domicílio (Magagnin et al., 2021).

Estudos demonstram que as cuidadoras não se sentem adequadamente preparadas para prestar o cuidado a pessoas com dependência funcional, pelo fato de não serem inseridas nos cuidados durante o período da internação, ou pela comunicação fragilizada entre a equipe e família no processo transicional. Geralmente, as orientações são realizadas no momento da alta hospitalar de forma generalista, sem considerar as condições e especificidade situacional da família (Costa et al., 2020; Amaral et al., 2020).

Autores observaram que quando a cuidadora familiar recebe orientações e treinamentos, desenvolvem competências cognitiva, psicomotora, emocional e relacional em comparação aos que não recebem esse tipo de suporte, garantindo a eficácia de uma transição saudável e aquisição da maestria (Rodrigues et al., 2021; Magagnin et al., 2021; Chen et al., 2021). Assim, é fundamental que a equipe de saúde identifique demandas e necessidades individuais de pessoas hospitalizadas, seus familiares responsáveis/cuidadoras, sua dinâmica familiar e social, aspectos condicionantes e dificultadores para as cuidadoras na prestação dos cuidados pós alta hospitalar, a fim de planejar adequadamente seu retorno ao domicílio.

As vivências sinalizam a influência benéfica do cuidado de transição hospital-domicílio no apoio a cuidadora para aquisição da maestria, redução do adoecimento e sobrecarga de cuidados, e na redução de reinternações hospitalares ligadas a complicações da pessoa sob os cuidados. O monitoramento domiciliar após a alta também se mostrou eficiente na administração do cuidado e no empoderamento de pacientes e cuidadoras, permitindo a criação de laços entre eles e os profissionais, e aumentando as chances de um monitoramento continuado no nível da atenção primária (Dye et al., 2018; Low et al., 2017; Lima et al., 2018).

Nessa perspectiva, o cuidado de transição associado ao telemonitoramento potencializa ações de saúde e amplia o atendimento durante o regresso para o domicílio, principalmente no âmbito da atenção primária, visando a promoção, apoio e estímulo ao autocuidado e autogerenciamento. Além disso, apoia a gestão clínica dos casos e oferece suporte a cuidadora familiar na continuidade do cuidado, especialmente aos grupos de risco como idosos (Batista et al., 2021; Rasmussen et al., 2021).

Na estruturação do trabalho da equipe multidisciplinar no CT, é necessário que o cuidado seja horizontal e para além da esfera hospitalar. A sua oferta deve considerar recursos extra-hospitalares que estarão disponíveis, a exemplo da presença da equipe de saúde da atenção primária para a continuidade do cuidado e disponibilidade de recursos materiais (equipamentos, medicamentos) (Baixinho; Ferreira, 2019).

Diante do exposto, a promoção do CT apoia a cuidadora familiar e requer o reconhecimento de todos os aspectos envolvidos nesse processo, o uso de estratégias que

considerem as necessidades individuais, com coordenação e comunicação eficiente e integrada, oportunizando um planejamento de alta seguro e centrado nas necessidades da pessoa e da família (Kraun et al., 2022).

Este possibilita aos profissionais discutirem o tema, e repensar suas ações e processo de trabalho avaliando o contexto de vida das pessoas envolvidas e, portanto, os fatores condicionantes favoráveis ou não para uma boa adaptação domiciliar, para possíveis intervenções (Chen et al., 2021; Santos et al., 2019).

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 Transição do cuidado hospital - domicílio à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis**

O referencial teórico é uma estrutura que apoia um estudo ou pesquisa. As teorias de enfermagem são consideradas pilares epistemológicos, fundamentais para a construção da ciência e nortear as práticas em saúde. Objetiva, também, compreender os fenômenos do processo da assistência e ações da enfermagem no contexto de saúde- doença das pessoas (Oliveira et al., 2011).

Esse estudo apoia-se na Teoria das Transições da Dra. Afaf Ibrahim Meleis, por perceber a necessidade de conhecer o processo de transição experimentado pelo familiar da pessoa com dependência funcional ao exercer o papel de cuidadora, junto as condições facilitadoras e inibidoras envolvidas para aquisição ou não da maestria.

Dra. Meleis é Bacharel em Ciências da Enfermagem pela Universidade de Alexandria, Egito em 1961. Mestre em Enfermagem (1964), mestre em Sociologia (1966), e doutorada em Psicologia Médica e Social em 1968, todos pela Universidade da Califórnia, Los Angeles. Seguiu carreira acadêmica como professora assistente pela Universidade de Califórnia, São Francisco, local onde ficou por 34 anos, e iniciou o desenvolvimento da Teoria da Transição (Meleis, 2012).

Em 2002 foi nomeada reitora da Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia. Dra. Meleis é professora de Enfermagem e Sociologia da mesma universidade, e Conselheira no Conselho Internacional Geral das questões da Saúde da Mulher. Suas principais obras publicadas são: *Theoretical Nursing: Development and Progress*; *Women's Work, Health and*

Quality of Life; Caring for Women Cross Culturally e Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice (Meleis, 2012; Meleis et al., 2000).

Apesar do reconhecimento internacional por seus trabalhos em teoria de enfermagem e saúde da mulher, seu foco de investigação e pesquisa também se concentra na estrutura e organização do conhecimento em enfermagem na saúde global, principalmente nas transições de saúde do imigrante, e no desenvolvimento teórico da disciplina de enfermagem (Meleis, 2012; Meleis et al., 2000).

O interesse da teórica sobre o assunto se iniciou enquanto trabalhava em seu PhD, por volta da década de 60, ao vivenciar a formação de grupos de apoio formado por enfermeiros e pessoas da comunidade, que tinham o intuito de ajudar a pessoa/família a enfrentar as diversas experiências de saúde, desenvolvimental e situacional através do apoio ao enfrentamento dessas transições. Estes grupos forneciam auxílio, principalmente, para lidar com demandas decorrentes de mudanças, tais como: doenças crônicas e degenerativas, situação de perda de um membro familiar, perda de funcionalidade, entre outras circunstâncias que exigiam novas responsabilidades familiares, alteração de funções e organização familiar (Meleis, 2012).

A Teoria das Transições teve influência do Interacionismo Simbólico para o pensamento e, ao longo das décadas, três paradigmas guiaram o seu desenvolvimento. O primeiro é a teoria do papel (suplementação de papel), como construto psicossocial e cultural que enquadra o tipo e a natureza das transições, tais como, mudar comportamentos ou assumir uma nova função. O segundo paradigma, a Teoria das experiências vividas, que transcendem as questões empíricas e subjetivas da pessoa e da sociedade, sendo objetos de estudo e intervenção da enfermagem. O terceiro, é a do pós-colonialismo feminista que abrange um epistêmico sistema que questiona relações sociais e políticas que moldam as respostas aos eventos de mudança, e a resposta, e à experiência das transições através dos múltiplos fatores como raça, etnia, nacionalidade e gênero. Também, foi influenciada pela teoria de Florence Nightingale para as ideias de foco em meio ambiente, saúde e bem-estar (Meleis, 2010, 2012).

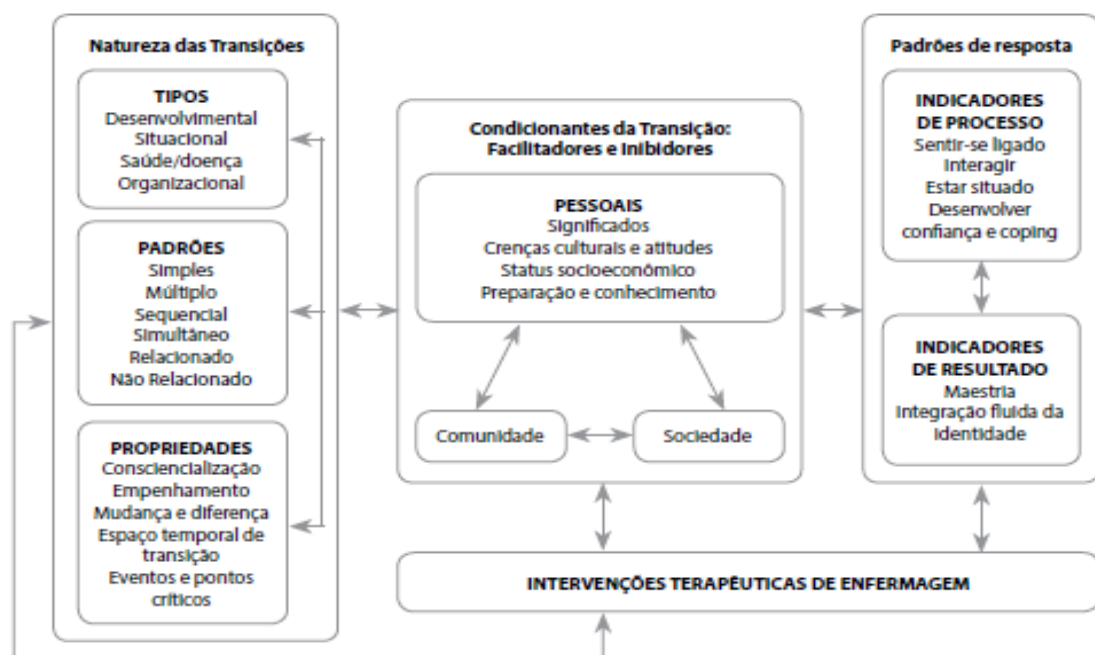
A teoria destaca-se por ser de médio alcance devido ao escopo mais limitado e de menor abstração quando comparada às grandes teorias, além de discutir fenômenos ou conceitos específicos que permeiam distintos campos da prática da enfermagem (Meleis, 2010, 2012).

Para Dra. Meleis, a transição deve ser considerada foco do cuidado de enfermagem, pois esses profissionais estão à beira do leito, são requisitados pelo indivíduo e seus familiares para o cuidado e auxílio na vivência de diversas situações, e lida com a multiplicidade de alterações que essas situações ocasionam sejam elas físicas, sociais, emocionais e/ou mentais. (Chick; Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

A teoria das transições tem uma abordagem multidisciplinar, pois as definições de transição são multidimensionais, complexas, e envolvem questões de saúde-doença, meio ambiente, social, econômica. Fornece uma estrutura para descrever as experiências de pessoas que lidam e convivem com um evento ou uma situação que requer desenvolvimento de novas habilidades, sentimentos, comportamentos ou funções. Sendo imprescindível para a realização de diagnóstico e intervenção adequado e oportunas para a adaptação dessas mudanças (Chick; Meleis, 1986; Meleis, 2010).

O processo de transição para Dra. Afaf Meleis (2010) envolve três constructos: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades), as condições das transições (pessoais, comunitárias e sociedade) e os padrões de resposta das transições (indicadores do processo e resultados). Esses constructos são essenciais para compreender os fatores, suporte, e experiências durante a transição hospital-domicílio da cuidadora que levam ao desfecho da aquisição ou não da maestria.

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



Fonte: Meleis AI<sup>3</sup>.

## 5.2 A cuidadora e a transição para um novo papel social: das naturezas, condições e padrões de respostas

A transição é definida como uma passagem de uma fase da vida, condição ou status para outro estado relativamente estável, é um processo dinâmico desencadeado pela mudança (Meleis, 2010, p.11). Cada indivíduo significa de forma diferente a mudança considerando, os



múltiplos fatores, a subjetividade, o tempo e a percepção que envolve as vivências da cuidadora ao cuidar de seu familiar (Meleis, 2010; Dolu et al., 2021).

### **5.2.1 Naturezas da transição**

Meleis (2010) compreende que as transições resultam de mudanças na vida, saúde, relações e ambientes. O tipo de natureza das transições caracteriza alguma mudança, podendo estar relacionada ao evento desencadeador, sendo a transição um processo interno do indivíduo. A natureza das transições pode ser de diferentes tipos: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional.

Com relação a transição desenvolvimental, o foco é o indivíduo e como ele se percebe a partir de suas vivências, são fatores do desenvolvimento que podem influenciar a saúde e o bem-estar. Está relacionada com as alterações no ciclo de vida, como adolescência, jovem adulto, envelhecimento, maternidade, paternidade. As transições situacionais compreendem as experiências e respostas a mudanças situacionais no cotidiano da pessoa, na modificação de papéis (Meleis, 2010) por exemplo, a modificação de papel de filha ou esposa para cuidadora principal de seu familiar (Silva; Silva, 2020).

A transição no processo saúde/doença decorre de uma passagem de saúde para o estado de adoecimento agudo ou com a cronicidade e progressão da doença (Meleis, 2010). A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca também mudanças na vida das pessoas a volta, a exemplo de outros membros da família que têm suas funções ou papel social alterado para cuidadora (Silva; Silva, 2020).

Para a cuidadora, exemplificado, a mudança repentina de estado funcional após alta hospitalar de um familiar ou com alta demanda de cuidados, altera configurações familiares: a filha que passa a cuidar da mãe, a esposa que gerencia as AVD e AVDI do esposo acamado, o esposo que tem que cuidar da esposa e assumir demais tarefas, o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Para além, é importante ressaltar que a cuidadora também pode, nesse processo do seu familiar, experimentar mudanças na sua própria condição de saúde física e/ou mental.

Já a transição organizacional, vivenciada pela cuidadora, representa mudanças de ambientes institucionais, como a transferência dos cuidados entre o hospital e o domicílio atenção terciária para a atenção primária, pode ser influenciada por mudanças no ambiente social, econômico, alterações na estrutura ou nas dinâmicas organizacionais e familiares (Meleis, 2010; Amaral et al., 2020; Silva; Silva, 2020).

A transição para o papel de cuidadora de uma pessoa com dependência funcional envolve padrões complexos e multifacetados. Assim, pode ser caracterizada por diferentes

padrões: simples (isolada e exclusiva) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou paralelamente; relacionadas ou não relacionadas (Meleis, 2010; Gomes et al., 2021).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, significados variados decorrentes da percepção individual e fase de desenvolvimento. Por isso, possuem propriedades essenciais às experiências de transição, como a consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, intervalo de tempo de transição, eventos e pontos críticos (Chick; Meleis, 1986; Meleis, 2010).

A mudança pode estar relacionada a circunstâncias que alteram completamente as rotinas, relações, percepções e identidades. A diferença é outra propriedade da transição que resulta na alteração de comportamentos ou compreensões. A consciência está relacionada a percepção, a ressignificação da experiência externa de transição alcançada a partir do evento de mudança ou situação. O empenho, também chamado de engajamento, é o nível de envolvimento nesse processo, e está ligado ao grau de consciência, sendo diretamente proporcional a esta (Meleis, 2010; Gomes et al., 2021).

O desenvolvimento da consciência está relacionado às dimensões cognitivas, a prática das atividades e ao entendimento das condições e demandas de saúde da pessoa assistida, e de si mesmo, com relação ao autocuidado. As mudanças frente às necessidades de cuidar de uma pessoa com dependência funcional impactam diretamente na vida e no cotidiano da cuidadora, podendo acarretar diversos problemas (Silva; Silva, 2020; Garbaccio; Tonaco, 2019). Assim, a consciência e o engajamento fazem parte da estrutura de adaptação dessa nova realidade.

Para Meleis (2010), toda transição necessita de mudança, mas nem toda mudança é considerada uma transição, visto que pode se relacionar a eventos críticos ou desequilibradores nas relações e rotinas. A transição exige que a pessoa englobe novos conhecimentos, altere condutas, reestruture seu atual contexto social, situacional e adquira habilidades para lidar com esses eventos.

A cuidadora familiar depara-se com fatores desencadeantes de mudanças ainda na internação hospitalar que, ao chegar na residência, tornam-se são mais evidentes e complexas. São necessárias novas aptidões para lidar com as demandas de cuidados, observa-se as alterações da rotina social, funcional e laboral, e nas relações familiares, econômicas (Fisher et al., 2021).

Cuidadoras familiares enfrentam diferentes desafios ao longo do percurso cuidativo, requerendo tempo. Vale ressaltar, que o tempo de transição para aquisição da maestria não ocorre da mesma forma entre as pessoas, mesmo apresentando situações e condições

semelhantes. Depende da percepção dos pontos e eventos críticos, do período necessário para criar estratégias, condições sociais, pessoais e comunitária, padrões de respostas, e da incorporação desses elementos. (Meleis, 2012; Mendes et al., 2019).

### **5.2.2 Condições das transições (pessoais, comunitárias e sociedade)**

Para compreender as experiências da cuidadora durante as transições, é fundamental conhecer as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável para aquisição da maestria. As condições pessoais compreendem os significados, as atitudes e crenças culturais, o estado socioeconômico, a preparação e o conhecimento, apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, podendo facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (Meleis, 2010; Fernandes; Angelo, 2016; Gomes et al., 2021).

Para cuidar, a cuidadora precisa adquirir novos conhecimentos e habilidades para atender as AVDs e AIVDs tais como: alimentação, auxílio nos cuidados pessoais, higienização, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas, gerência de medicamento de rotina e acompanhamento aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano. Possui ainda, alta demanda para os cuidados como mobilização, transferência, manuseio de dispositivos no domicílio (curativos, mudança de decúbito, manejo de sondas e drenos), exercícios de reabilitação, entre outros. As atividades anteriormente realizadas com facilidade no cotidiano, podem tornar-se tarefas que exigem apoio e cuidados específicos, que os faz deparar-se com novas dificuldades (Magagnin et al., 2021; Silva; Silva, 2020). Para além, é preciso atentar-se ao próprio autocuidado, a fim de manter a sua saúde física e mental.

Preparar-se durante o processo de hospitalização para uma mudança, facilita a experiência, considerando que a falta dessa preparação pode inibir esse percurso. As condições que facilitam a cuidadora no processo de aquisição da mestria são: plano de alta organizado e antecipado, telemonitoramento, apoio da comunidade, acesso aos dispositivos de saúde, ações educativas e treinamento, visita domiciliar ((Nikbakht-Nasrabadi; Mardanian-Dehkordi; Taleghani, 2021; Rodrigues et al., 2021).

As condições inibidoras para uma transição saudável e o desenvolvimento de habilidades incluem: recursos insuficientes para suportar uma situação de mudança em seu cotidiano e novas atribuições, suporte inadequado, informação insuficiente ou contraditória entre cuidadoras e profissionais de saúde, ausência de capacitação, rede de apoio fragilizada e dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde (Amaral et al., 2020; Santos Et Al., 2019).

A transição do cuidado hospital-domicílio ocorre em contexto de transferência de responsabilidade e continuidade do cuidado. É um momento que requer planejamento adequado e individualizado, comunicação e educação em saúde. Diante das demandas de saúde que uma pessoa com dependência funcional requer, elevada carga de trabalho, problemas biopsicossociais que a cuidadora se depara, são necessários suportes formais, e um sistema efetivo que garanta a segurança (Magagnin et al., 2021).

Sobre as condições sociais, a sociedade pode facilitar ou inibir as transições saudáveis. Observa-se que em sua função, as cuidadoras experienciam problemas de ordem física na prestação do cuidado (sobrecarga com risco de adoecimento), falta de tempo para cuidar de si, restrições na vida social (redução ou extinção das atividades de lazer, isolamento social), afastamento das suas atividades laborais remuneradas, problemas financeiros, reações à prestação de cuidados (sensação de incapacidade, impotência, despreparo), falta de apoio familiar e falta de apoio profissional (Amaral et al., 2020; Wang et al., 2021).

A sobrecarga é vista como um fenômeno multidimensional que repercute negativamente em uma ou mais dimensões física, psicológica, social e financeira. As várias tarefas atribuídas a cuidadora familiar causam sobrecarga, adoecimento e dificultam o desenvolvimento de novas habilidades. Esses fatores podem influenciar nos padrões de resposta às transições (Mendes et al., 2019).

Dessa forma, a investigação das necessidades, coleta de informações, elaboração de plano de cuidado e gerenciamento do cuidado, são atitudes que devem ser realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, e mostraram-se como pontos favoráveis para qualificar a transição do cuidado, auxiliando no desenvolvimento de resultados satisfatórios (Weber; Lima; Acosta, 2019; Amaral et al., 2020).

### **5.2.3 Padrão de resposta das transições: indicadores de processo e de resultado**

Os indicadores do processo de transição podem ser observados em qualquer período, sendo evidenciado pela alteração do estado funcional, conexão com rede interpessoal, recuperação do controle sobre sua vida e senso de integridade englobando o sentido de totalidade e coerência. As transições se desenvolvem apontando indicadores de processo que movem indivíduos no sentido de saúde ou vulnerabilidade e risco, permitindo uma avaliação e intervenção precoce, facilitando assim resultados saudáveis. Esses indicadores incluem: sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar localizado/situado e desenvolver confiança e enfrentamento (Meleis, 2010).

Os indicadores de resultado são observados na cuidadora a partir de qualidade de saúde e bem-estar, bem como domínio de novas competências (maestria), objetivo final dessa pesquisa. Refere-se também ao desenvolvimento de uma fluida identidade integrativa (habilidade) para cuidar do indivíduo com dependência funcional. Dessa forma, para que haja uma transição saudável, é importante o planejamento das ações assistenciais, um processo de comunicação e informação adequados, monitoramento, treinamentos, e uma rede formal e informal fortalecida (Meleis, 2010; Costa et al., 2020).

A aquisição da maestria pelas cuidadoras de pessoas com dependência funcional caracteriza-se pelo domínio de novos comportamentos diante de situações recentes, redefinição de papéis (mudança de situação de familiar para cuidadora), e requer o desenvolvimento de novas habilidades cognitivas e práticas, monitoramento e identificação de riscos à saúde, tomada de decisão, planejamento, gestão do cuidado/ autogestão e autoconfiança. Essas características ajudam o desenvolvimento da maestria. Portanto, a transição saudável requer certo domínio de habilidade necessária para coordenação desse cuidado. Essas habilidades são desenvolvidas no decurso do processo de transição e envolve pessoas de diferentes formações, experiências e aptidões (Meleis, 2010; Magagnin et al., 2021; Rodrigues et al., 2021).

Assim, observa-se que o processo é complexo e as transições vivenciadas pela cuidadora de pessoas dependentes funcionais, somada à redução do tempo médio de internamento, a relevância de capacitação da cuidadora para a gestão dos cuidados dos usuários com múltiplas condições de adoecimento e alta demanda de cuidados, se tornam desafios ao sistema de saúde e social (Blanck et al., 2021).

Logo, é importante elaborar e implementar estratégias que auxiliem a cuidadora com relação às novas adaptações. Apesar disso, observa-se, na prática, que muitas vezes as orientações relacionadas aos cuidados no domicílio são diminutas e, em geral, oferecidas no momento da alta, o que gera excesso de informações e incertezas (Reeves et al., 2021).

Compreender a maestria no processo e cuidados de transições na perspectiva da cuidadora familiar, possibilitará a ampliação das discussões e o preparo para alta e continuidade do cuidado à pessoa com dependência no retorno ao domicílio, no desenvolvimento e implementação de políticas públicas de apoio à cuidadora, considerando o contexto demográfico e epidemiológico do país.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo**

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Os estudos descritivos têm por objetivo observar e descrever experiências peculiares no intuito de obter profundidade no conhecimento dos fenômenos de representação do sujeito ou da sociedade. Considera-se a primeira etapa dentro da investigação científica quando a temática se mostra pouco estudada ou abordada. Os estudos qualitativos trabalham com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e aspirações, o qual corresponde a um espaço subjetivo das relações humanas e dos fenômenos sociais (Minayo, 2013).

A Teoria das Transições, base teórica nessa pesquisa, permitirá compreender marcos, pontos e eventos críticos associados aos diferentes gatilhos de mudança; descrever os fatores condicionantes, facilitadores e inibidores para aquisição da maestria da cuidadora no processo de transição; analisar os padrões de respostas e indicadores de resultados das intervenções; explorar estratégias para modificar políticas essenciais para mitigar ou inibir as transições inseguras, e fortalecer o suporte a cuidadora familiar (Meleis, 2010, 2012).

### **6.2 Lócus do estudo**

Essa pesquisa foi realizada em uma enfermaria do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), unidade hospitalar federal de ensino, referência em média e alta complexidade do Estado da Bahia que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), e está localizado em, Salvador.

A unidade de escolha é a 3C, Unidade do Sistema Neuromusculoesquelético. Trata-se de uma enfermaria que assiste indivíduos adultos e idosos com agravos neurológicos de natureza clínica e cirúrgica que, muitas vezes, saem de alta hospitalar ainda com demandas de cuidado, requerendo previamente um planejamento da alta, acolhimento e orientações as cuidadoras para adaptação e transição dessa nova condição no domicílio. Em sua maioria, são moradores de zona rural, com difícil acesso ao sistema de saúde e retorno ambulatorial.

### **6.3 Participantes**

Participaram do estudo cuidadoras familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar da pessoa adulta ou idosa elegível, internada na unidade *lócus*, que foram acompanhadas durante o internamento e até três meses após a alta, pela equipe do projeto de pesquisa e extensão.

Para encerrar a coleta dos dados, foi empregada a técnica de fechamento por exaustão (em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis). Foram considerados todas as cuidadoras

familiares que foram incluídas e receberam os cuidados da equipe do projeto entre julho e dezembro de 2022, totalizando nesse período 36 participantes. Este fechamento amostral ocorreu por critérios de seleção que não consideram mensurações do objeto estudado (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

#### **6.4 Critérios de inclusão**

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para esta pesquisa: ser familiar e responsável por pessoa internada na enfermaria de interesse com pontuação da Escala de Fugulin entre 23 e 28, permanecendo nesse escore após a alta, demonstrando alta dependência para o cuidado; Cuidadora familiar com idade maior ou igual a 18 anos; Cuidadora familiar acompanhada por, no mínimo, um mês após a alta.

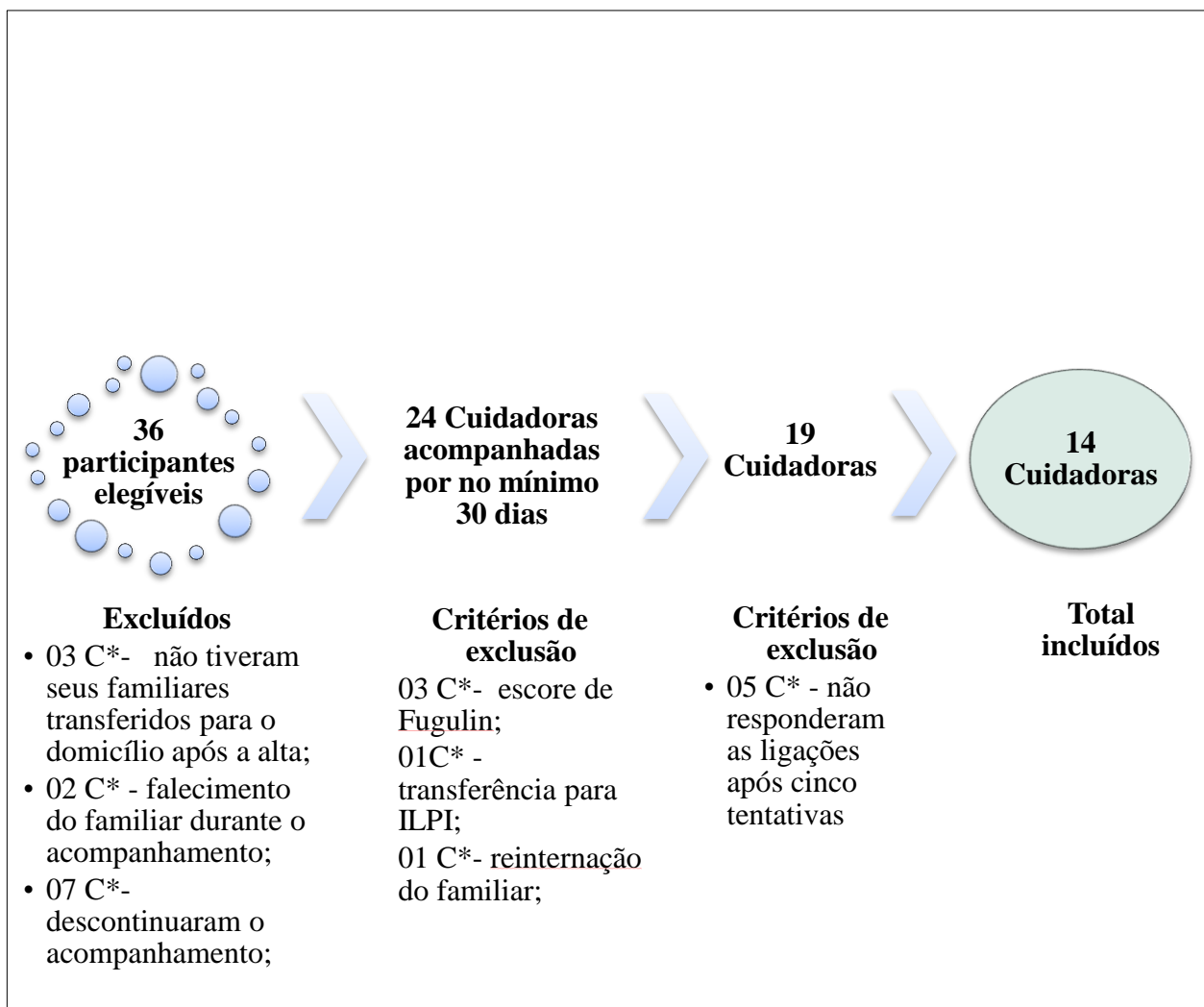
#### **6.5 Critérios de exclusão**

Foram excluídos da pesquisa cuidadoras que não atendam a chamada telefônica ou a mensagem pelo aplicativo de mensagens instantâneas durante o primeiro mês do telemonitoramento; Cuidadora de pessoas que faleceram ou foram transferidas para uma unidade de cuidados especializados ou Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) durante o acompanhamento do projeto; Cuidadora familiar não atenderam as tentativas de contato telefônico para a coleta de dados desta pesquisa após cinco tentativas em dias e horários alternados.

Dessa forma, das 36 cuidadoras elegíveis, três (n=03) não tiveram seus familiares transferidos para o domicílio após a alta; duas (n=02) tiveram falecimento do familiar durante o acompanhamento antes de um mês após alta; sete (n=07) descontinuaram o acompanhamento. Das 24 cuidadoras acompanhadas no primeiro mês após a alta do familiar, três (n=03) foram excluídas devido ao escore de Fugulin das pessoas que recebiam os cuidados, uma (n=01) porque a pessoa que recebia o cuidado foi transferida para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), uma (n=01) pela descontinuidade devido a reinternação do familiar. Assim, foram elegíveis 19 participantes, sendo que cinco (n=05) não responderam as ligações após cinco tentativas (a abordagem foi feita no final do acompanhamento pela pesquisa matriz). Participaram deste estudo 14 cuidadoras.

Para descrever o processo de inclusão dos participantes foi elaborada uma representação esquematizada (Figura 02).

**Figura 02-** Fluxograma do processo de seleção das participantes após aplicabilidade dos critérios inclusão e exclusão.



\*Cuidadoras

Fonte: autora, 2023.

## 6.6 Coleta de dado

A coleta de dados ocorreu em **três** fases interligadas

Na primeira fase houve análise documental dos formulários utilizados pela pesquisa matriz, para caracterização dos aspectos sociodemográficos e de saúde da pessoa sob os cuidados (Anexo II), caracterização da cuidadora (dados sociodemográficos, de saúde) e aspectos relacionados à continuidade dos cuidados: tempo como cuidadora, segurança/insegurança para a continuidade dos cuidados e os motivos da insegurança, rede de apoio, treinamentos e orientações recebidas durante o internamento (Anexo III). Utilizou-se ainda formulários referentes ao acompanhamento posterior a alta, que continham informações sobre a situação de saúde da pessoa sob cuidados após a alta, serviços e rede de apoio utilizados,



dúvidas sobre o cuidado desenvolvido, principais problemas identificados, demandas da cuidadora, queixas e informações fornecidas (Anexo V).

Na segunda fase foram realizadas ligações telefônicas para as cuidadoras participantes. Estas ocorreram ao final do acompanhamento da pesquisa matriz, com finalidade de compreender a aquisição ou não da maestria. As que atenderam a primeira ligação e aceitaram participar, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo VII), e marcado outro momento para a entrevista.

Na terceira fase realizou-se entrevista com questionário semiestruturado (Apêndice I), contendo questões norteadoras sobre os aspectos relacionados ao desenvolvimento da maestria, ancoradas pela Teoria das Transições da Dra. Afaf Meleis.

As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e março de 2023, por telefone e gravadas com auxílio de aparelho de gravação de áudio, sendo armazenadas em pastas pessoais no computador da pesquisadora. A técnica de gravação em áudio permitiu evitar possíveis perdas de relatos e a realização de transcrição na íntegra, após o término de cada entrevista. Foi garantido a cuidadora familiar a plena liberdade, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa-

## **6.7 Organização e análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e junto aos demais dados coletados nos formulários, organizadas em planilha Excel. Posteriormente esse material foi exportado para o *software* de análise qualitativa WebQDA (*Web Qualitative Data Analysis*). O software é uma ferramenta que apoia e organiza a análise qualitativa (Souza et al., 2016). Permitiu a operacionalização dos dados de forma criteriosa e sistematizada.

As funcionalidades desta ferramenta dividem-se em três sistemas: I) “Fonte Internas”, que correspondem aos materiais disponíveis para serem analisados, como entrevistas e dados sociodemográficos e de saúde.

II) “codificação”, que permite a definição das categorias ou indicadores;

III) “questionamento”, que permite ao pesquisador questionar os dados, com base na configuração atribuída aos dois primeiros sistemas.

Assim, a análise dos dados ocorreu nas seguintes etapas: pré-análise, com a organização do material a ser analisado compondo o corpus da pesquisa (lançamento na planilha Excel e no WebQDA por meio das “Fontes Internas”); A exploração do material, com a codificação e

categorização (interação pesquisador e software); tratamento dos resultados, com as interpretações inferenciais (Pesquisador) (Machado; Vieira, 2020).

As categorias de análise foram estabelecidas a *piori*, após leitura exaustiva dos discursos, referências da literatura sobre o tema e da Teoria das Transições. Essas categorias foram adicionadas ao software, acompanhadas dos discursos indicados por similaridade, delimitando os fragmentos das falas de cada entrevista, ou seja, as unidades de registro.

A partir do arquivo gerado com os fragmentos codificados, elaborou-se as sínteses de cada categoria, delimitou-se os núcleos de sentido, verificou-se a interrelação entre esses e agrupando-os por temas. Na etapa seguinte, a partir dos códigos, fez-se a classificação do texto, formando o “código em árvore” com (hierarquização em códigos e subcódigos) (Anexo IX).

O código árvore é uma das funcionalidades do sistema de codificação, que confere ao pesquisador organização, liberdade e flexibilidade a análise (Machado; Vieira, 2020).

O passo seguinte da análise foi realizado por meio do sistema de questionamento dos dados (sociodemográficos, de saúde, relacionados ao cuidado e a segurança para o seu desempenho). Nesta pesquisa utilizou-se a funcionalidade “matrizes”, gerando análise com correlação entre as variáveis: relação entre o treinamento recebido e a aquisição da maestria da cuidadora, segurança/insegurança para a continuidade dos cuidados; relação entre a quantidade de ligações recebida durante o telemonitoramento após alta e o tempo de experiência como cuidadora; relação entre compreensão do engajamento da cuidadora e aquisição de novas competências para o cuidado após o acompanhamento.

Para análise e discussão utilizou-se literatura pertinente e a Teoria das Transições da Dra. Afaf Meleis (Meleis, 2010).

## **7. ASPECTOS ÉTICOS**

Para realização do estudo foram respeitados os preceitos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Logo, esta pesquisa adotou como princípio o seguimento da normatização disposta na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas normatizações complementares.

A pesquisa atendeu aos fundamentos éticos e científicos pertinentes:

- I.** A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) buscar sempre que prevaleçam os

benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis; c) garantia de que danos previsíveis foram evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos;

- II. Assegurou a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômicos;
- III. Utilizou o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista conforme o consentimento do participante;

### **7.1 Processo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Apreendeu-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa pudesse se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

A etapa inicial do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido a pesquisadora ou membro da equipe de pesquisa, realizou o convite para participar da pesquisa. O convite foi realizado, *in loco*, durante a hospitalização da pessoa cuidada, em local e condições mais adequadas para que os esclarecimentos fossem efetuados, observando ainda, as singularidades cuidadora familiar e sua privacidade.

Esse processo também foi realizado em ambiente virtual (por ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas) de forma não presencial, considerando os fatores socioeconômicos, culturais e a dinâmica familiar na eleição da cuidadora.

As informações sobre a pesquisa e acompanhamento durante e após alta hospitalar foram realizadas em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à escolaridade, faixa etária, condição de saúde.

Após essa etapa, a pesquisadora ou membro da equipe, apresentou, a cuidadora familiar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo VII) para que seja lido e compreendido, antes da concessão da anuência.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém, obrigatoriamente: justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa; explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa; garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Foi garantida a privacidade e integridade das participantes por meio de aplicação da entrevista em ambiente privativo e reservado.

Para garantir confidencialidade e sigilo, as participantes são apresentadas por códigos alfanuméricos, representados pela letra “C” e ordem de realização das entrevistas.

## **7.2 Riscos e benefícios**

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa foram desconforto por compartilhar informações sobre seu estado de saúde e, para os familiares/cuidadoras, 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 da pessoa que retornou ao domicílio após alta hospitalar e suas cuidadoras.

## **7.3 Segurança na transferência e no armazenamento dos dados**

Em relação aos procedimentos que envolvem contato através de meio virtual ou telefônicos com as participantes de pesquisa foi realizado o convite, e o questionário aplicado após sua anuência.

A pesquisadora foi responsável pelo armazenamento adequado dos dados coleados, bem como os procedimentos que asseguram o sigilo e a confidencialidade das informações das participantes da pesquisa que serão codificados.

Após finalização da pesquisa foi realizada *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local (Drive externo), apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O mesmo cuidado foi seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido que foram gravados em áudio (BRASIL, 2021).

## **7.4 Análise do Comitê De Ética Em Pesquisa**

Vale ressaltar que, o projeto de pesquisa matriz “CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS ADULTAS E IDOSA” é aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-HUPES), **CAAE:** 55433121.7.0000.0049, **Número do Parecer:** 5.282.090 (ANEXO VI).

## 8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados em forma de artigo. Este foi traduzido para a língua inglesa e submetido ao periódico Qualitative Health Research (QHR).

**8.1 Manuscrito** - Aquisição de maestria pelo cuidador para a continuidade do cuidado após alta hospitalar

### AQUISIÇÃO DE MAESTRIA PELA CUIDADORA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO APÓS ALTA HOSPITALAR

#### RESUMO

As cuidadoras que prestam cuidados de transição a pessoas com dependência funcional requerem o domínio de competências que garantam o sucesso da continuidade dos cuidados. Apoiada pela Teoria de Meleis, este domínio do cuidado requer intervenções de enfermagem para apoiar a cuidadora. O estudo tem como objetivo compreender aspectos do desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Método: Pesquisa exploratória, qualitativa, realizada em um hospital universitário de Salvador, Bahia, Brasil, no período de julho a dezembro de 2022, com quatorze (n=14) cuidadoras qualificadas participantes. As cuidadoras eram mulheres que cuidavam de pessoas funcionalmente dependentes. Resultados: Que receberam treinamento para cuidados durante a internação e acompanhamento telefônico após a alta. Doze (n=12) alcançaram maestria; aquelas com menos experiência precisavam de mais conexões para adquirir maestria. Conclusões: Os cuidados transitórios são essenciais para a continuidade dos cuidados; fornecem suporte necessário as cuidadoras para que se sintam engajados e apoiados durante o processo.

**Descritores:** Cuidadores; Alta do Paciente; Cuidado Transicional; Continuidade do cuidado; Enfermagem

#### INTRODUÇÃO

Cuidados de transição (CT) são ações planejadas direcionadas ao cuidado de pessoas e cuidadora quando vivenciam um processo de transferência de um ambiente específico, como um hospital para casa (Meleis, 2010). Nesse momento estas cuidadoras necessitam de acompanhamento durante a hospitalização e após a alta, para apoio com relação a nova situação e habilidades necessárias para a continuidade do cuidado, evitando estresse, sobrecarga, eventos adversos e agravos as cuidadoras (Dale et al., 2020; Dolu et al., 2021).

As cuidadoras primárias na transição são predominantemente membros da família que muitas vezes não possuem o conjunto de competências ou conhecimentos específicos para prestar cuidados com poucos ou nenhuns erros. Na criação de um plano específico de cuidados de transição, estas ações devem centrar-se nas pessoas afetadas com dependência funcional e nas suas cuidadoras familiares.

Por causa disso, as cuidadoras familiares devem receber treinamento e apoio dos profissionais de saúde durante a transição hospital-domicílio para a continuidade dos cuidados da pessoa sob sua responsabilidade. Se os serviços de saúde não abordarem de forma eficaz esta mudança, poderá ocorrer uma perda de continuidade dos cuidados após a alta, resultando assim em readmissão e danos físicos e emocionais a cuidadora.

Pessoas com dependência funcional após hospitalização, especialmente por um período prolongado, são suscetíveis à morte, aumento do declínio funcional e baixa qualidade de vida em geral (Lee et al., 2022). Precisam de cuidados continuados e utilizam muitos medicamentos, procedimentos e dispositivos que requerem manuseio cuidadoso (Sun et al., 2023). Com maior risco de eventos adversos à saúde após receberem alta hospitalar, o que demanda esforço e novas habilidades da cuidadora. Quando os serviços de saúde não prestar cuidados adequados e direcionadas as necessidades da cuidadora podem acarretar condições insalubres e inseguras, potencializando os danos. Estas cuidadoras estão geralmente cansadas e solitárias neste processo de cuidar e não têm apoio externo para os assistir durante este período (Otero, et al., 2019).

Estudos têm demonstrado que a comunicação e a colaboração entre a equipe de saúde e as cuidadoras proporcionam consciência e confiança a toda a equipe necessária para auxiliar no cuidado dos pacientes e permitem uma continuidade bem-sucedida dos cuidados (Dolu et al., 2021). Por isso, Meleis, em sua Teoria das Transições (Meleis, 2010), aponta que os indivíduos que vivem com doenças crônicas e persistentes que requerem cuidados consistentes devem utilizar intervenções multidisciplinares e em vários pontos da rede de saúde para fornecer cuidados assistência que beneficiem o bem-estar das pessoas afetadas, mas também das suas cuidadoras, que geralmente são invisibilizadas neste processo.

Este estudo é relevante por tratar da transição vivenciada pelas cuidadoras de pessoas com dependência funcional, com foco na aquisição da maestria do cuidado. A literatura nacional e internacional trata das transições saúde-doença do ponto de vista da pessoa afetada, especialmente na comunidade, e nestes casos pouca ênfase é colocada na transição das cuidadoras. Nesta proposta buscamos responder especificamente quais aspectos devem ser considerados no desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado

após a alta hospitalar. Este estudo tem como objetivo compreender aspectos do desenvolvimento da maestria da cuidadora para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico a Teoria das Transições da Dra. Afaf Meleis (Meleis, 2010).

### **Aspectos éticos**

Esse estudo é vinculado a pesquisa matriz “Cuidado de Transição Hospital-Domicílio a Pessoas Adultas e Idosas” desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia – Brasil, aprovada pelo seu Comitê de ética.

Para garantir confidencialidade e sigilo, as participantes são apresentadas por códigos alfanuméricos, representados pela letra “C” e ordem de realização das entrevistas.

### **Local do estudo**

Enfermaria do Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia, hospital federal de ensino, referência em média e alta complexidade do Estado da Bahia que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Salvador - Brasil.

Optou-se pela Unidade do Sistema Neuromusculoesquelético. Trata-se de uma enfermaria que assiste indivíduos adultos e idosos com agravos neurológicos de natureza clínica e cirúrgica que frequentemente saem de alta hospitalar com demandas de cuidado requerendo, previamente, planejamento da alta com acolhimento e orientações aos cuidadores para adaptação e continuidade dos cuidados em domicílio.

### **Participantes**

Cuidadoras familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar de pessoas acompanhadas pela pesquisa matriz, que ocorre nesta enfermaria deste 2019, acompanhando pessoas adultas e idosas com alta dependência para o cuidado conforme escala de Fugulin (Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2005) e seus cuidadores principais, durante o internamento e até três meses após a alta. Nesse momento o acompanhamento segue por telemonitoramento, com quatro ligações telefônicas semanais no primeiro mês, duas quinzenais no segundo mês e uma ao final do terceiro mês por aplicativo de mensagens instantâneas conectado à internet e, caso necessário,

por vídeos, mensagens escritas e videochamada observando a adaptação em domicílio e a aquisição da mestria para o cuidado.

A identificação das participantes ocorreu através dos formulários utilizados pela pesquisa matriz, direcionados às cuidadoras, preenchidos durante o acompanhamento, no hospital e no domicílio, colhendo dados sociodemográficos, de saúde e aspectos relacionados à continuidade dos cuidados.

Para estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra, empregou-se a técnica de fechamento por exaustão (inclusão de todos os indivíduos disponíveis) (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Assim, considerou-se todas as cuidadoras familiares acompanhadas pela equipe da pesquisa matriz, entre julho e dezembro de 2022, totalizando 36 cuidadoras elegíveis.

### **Crítérios de inclusão e exclusão**

Do grupo elegível, foram incluídas cuidadoras que obedeceram aos critérios de inclusão: ser familiar e responsável por pessoa internada na enfermaria de interesse com pontuação da Escala de Fugulin entre 23 e 28, permanecendo nesse escore após a alta, demonstrando alta dependência para o cuidado; cuidadoras de pessoas que foram transferidas para o domicílio após a alta; cuidadoras familiares com idade maior ou igual a 18 anos; e cuidadoras acompanhadas por, no mínimo, um mês após a alta. Foram excluídas cuidadoras de pessoas que faleceram durante o acompanhamento do projeto; e que não atenderam as chamadas telefônicas para a coleta de dados desta pesquisa após cinco tentativas em dias e horários alternados.

Dessa forma, das 36 cuidadoras elegíveis, três não tiveram seus familiares transferidos para o domicílio após a alta; duas tiveram falecimento do familiar durante o acompanhamento; sete descontinuaram o acompanhamento. Das 24 cuidadoras acompanhadas no primeiro mês após a alta do familiar, três foram excluídas devido ao escore de Fugulin das pessoas que recebiam os cuidados, uma porque a pessoa que recebia o cuidado não se transferiu para o domicílio, uma pela descontinuidade devido a reinternação do familiar. Assim, foram elegíveis 19 participantes, sendo que cinco não responderam as ligações após cinco tentativas (a abordagem foi feita no final do acompanhamento pela pesquisa matriz). Participaram deste estudo 14 cuidadoras.

### **Coleta de dados**

Realizada em três fases interligadas. Na primeira fase houve análise documental (formulários utilizados pela pesquisa matriz), das pessoas sob os cuidados e respectivos familiares/cuidadoras responsáveis, colhendo dados sociodemográficos, de saúde e aspectos



relacionados à continuidade dos cuidados (tempo como cuidadora; segurança/insegurança para a continuidade dos cuidados e os motivos da insegurança; rede de apoio; treinamentos e orientações recebidas durante o internamento. Utilizou-se ainda formulários referentes ao acompanhamento posterior a alta que continham informações sobre a situação de saúde da pessoa sob cuidados após a alta; serviços e rede de apoio utilizados; dúvidas sobre o cuidado desenvolvido; principais problemas identificados; demandas da cuidadora, queixas e informações fornecidas.

Na segunda fase foram realizadas ligações telefônicas com as cuidadoras participantes. Estas ocorreram ao final do acompanhamento da pesquisa matriz, para compreender a aquisição ou não da maestria. As que atenderam a primeira ligação e aceitaram participar, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e marcado outro momento para a entrevista.

Na terceira fase realizou-se entrevista com questionário semiestruturado, contendo aspectos relacionados ao desenvolvimento da maestria. As entrevistas ocorreram entre fevereiro e março de 2023 por telefone, gravadas com aparelho de gravação de áudio e armazenadas em pastas pessoais no computador da pesquisadora principal.

Nesse estudo, a aquisição da maestria foi caracterizada pelo domínio de novos comportamentos, competência, conhecimento ou habilidade cognitiva, tomada de decisão, habilidades psicomotoras e autoconfiança para gerenciar a nova situação apresentada

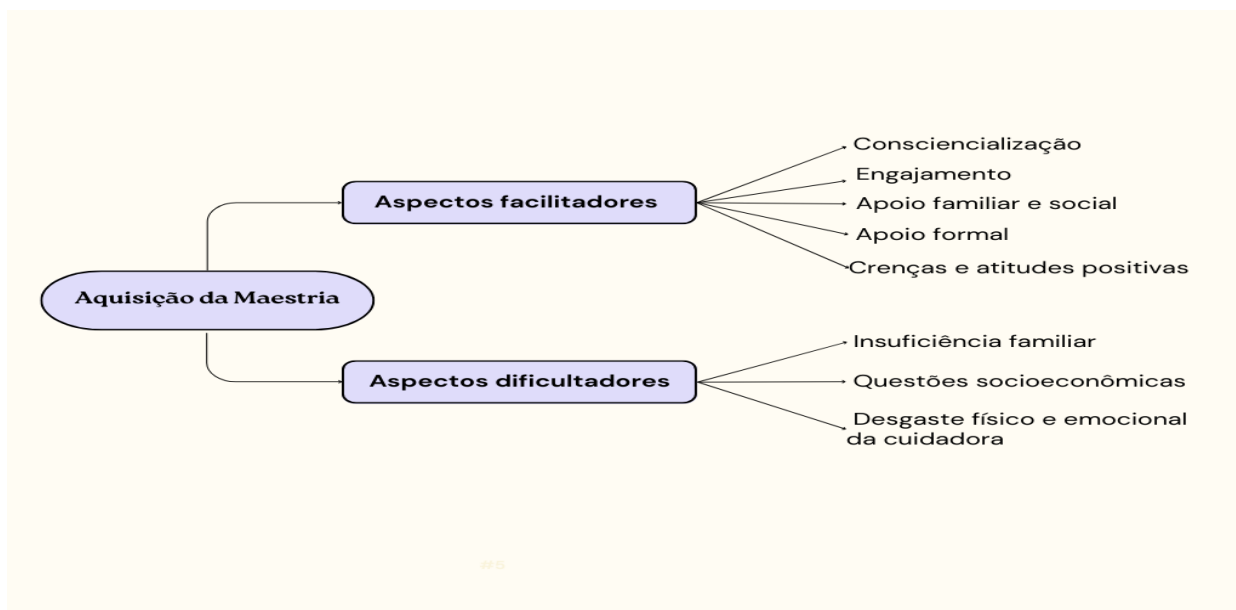
### **Organização e análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e junto aos demais dados coletados nos formulários, organizadas em planilha Excel. Posteriormente esse material foi exportado para o *software* de análise qualitativa WebQDA (*Web Qualitative Data Analysis*) (Souza et al., 2016).

A análise dos dados seguiu as etapas: a) pré-análise, com a organização do material (lançamento na planilha Excel e no WebQDA; b) exploração do material, com a codificação e categorização (interação pesquisador e software); c) tratamento dos resultados, com as interpretações inferenciais (Pesquisador) (Machado; Vieira, 2020).

Categorias de análise foram estabelecidas *a priori*, após leitura exaustiva dos discursos, referências da literatura sobre o tema e da Teoria das Transições. Essas categorias foram adicionadas ao *software*, acompanhadas dos discursos indicados por similaridade. A partir daí formou-se códigos árvore (hierarquização em códigos e subcódigos) (Figura 1).

**Figura 1-** Categorização interpretativa com apoio do sistema de codificação do software WebQda.



Fonte: Autores, 2023

Demais dados (sociodemográficos, de saúde, relacionados ao cuidado e a segurança para o seu desempenho) foram transferidos para o software, no sistema de questionamento, na função matrizes, gerando análise com correlação entre as variáveis (tempo como cuidadora, segurança/insegurança para a continuidade dos cuidados, engajamento para os cuidados, aquisição de maestria após o acompanhamento, quantidade de ligações atendidas). Para análise e discussão utilizou-se literatura pertinente e a Teoria das Transições da Dra. Afaf Meleis (Meleis, 2010).

Conforme Meleis (2010) os padrões de respostas e indicadores de resultados como a aquisição da maestria são estabelecidos pela compreensão de conhecimento e habilidades adquiridas.

## RESULTADOS

Como descrito no Quadro 1, todas as participantes foram mulheres (n=14), entre 29 e 70 anos, procedentes do interior da Bahia (n=11), sendo sete de zona urbana e quatro de zona rural. Quanto à cor/raça, autodeclararam-se pretas (n=6), pardas (n=5) e brancas (n=3). A maioria era casada ou união estável (n=11), duas solteiras e uma viúva. A escolaridade variou entre ensino médio (n= 5), fundamental completo (n=2), fundamental incompleto (n=4) e superior completo (n= 3). A ocupação predominante foi dona de casa (n=7), seguido por lavradora (n=3), que recebiam renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (n=8), um salário-

mínimo (n=4) e três salários-mínimos (n=2). Pertenciam à religião católica (n=6), evangélica (n=6) e declararam não ter religião (n=2).

Com relação aos dados de saúde, referiram alguma doença cardiovascular (n=9), endócrina (n=2) e transtorno de ansiedade (n=1), sem doença (n=2). Todas utilizavam algum medicamento. Duas negaram problemas de saúde. Buscam o serviço de saúde ao menos uma vez no ano (n= 6), a cada semestre (n=6), nos casos de emergência/urgência (n= 02). A principal atividade de lazer/recreação referida foi a religiosa (ir a culto na igreja) (n=7).

**Quadro 1.** Caracterização das cuidadoras de pessoas com dependência funcional conforme aspectos sociodemográficos e de saúde, Salvador, Bahia, Brasil, 2023.

Codínome	Sexo*	Idade	Raça/ Etnia	Procedência	Estado civil	Religião	Escolaridade	Ocupação/ Profissão	Renda Familiar**	Morbidade/ Comorbidade	Com que frequência busca o serviço de saúde	Atividade de lazer/recreação. Qual/quais
C1	F	29	Preta	Interior/ Urbana	Solteira	Evangélica	Ensino médio completo	Consultora de vendas	1 - 2 SM	Ansiedade	Anual	Sim/Igreja
C2	F	70	Preta	Salvador	Viúva	Evangélica	Ensino fundamental incompleto	Dona de casa	0-1 SM	Cardiovascular	Anual	Sim/Igreja
C3	F	67	Parda	Interior/ Urbana	Casada	Católica	Ensino superior completo	Assistente social	1 – 3 SM	Cardiovascular	Semestral	Não
C4	F	60	Preta	Interior/ Urbana	União Estável	Católica	Ensino Fundamental completo	Aposentada / Dona de casa	1 - 2 SM	Cardiovascular, endócrino	Semestral	Sim/Igreja
C5	F	50	Parda	Interior/ Urbana	União Estável	Católica	Ensino médio completo	Agricultora/ dona de casa	0-1 SM	Endócrino	Semestral	Sim/ Reunião com a família e vizinhos
C6	F	60	Preta	Interior/ Rural	Casada	evangélica	Ensino Fundamental completo	Dona de casa	0-1 SM	Endócrino	Anual	Não
C7	F	57	Branca	Interior/ Rural	Casada	Católica	Ensino fundamental incompleto	Lavradora /dona de casa	0-1 SM	Não	Semestral	Não
C8	F	34	Parda	Interior /Rural	Casada	evangélica	Ensino médio completo	Monitora de classe	1 - 2 SM	Cardiovascular	Ocasionalmente	Sim/ Reunião com a família
C9	F	57	Branca	Salvador	Casada	evangélica	Ensino superior completo	Cabeleireira/ Dona de casa	1 - 2 SM	Cardiovascular / hipertensão arterial sistêmica	Semestral	Não

C10	F	51	Parda	Salvador	Casada	Católica	Ensino médio completo	Auxiliar Administrativa	1-3 SM	Não	Anual	Sim/ Praia, parque, zoológico, cinema, teatro
C11	F	60	Preta	Interior/ Urbana	Casada	evangélica	Ensino Fundamental incompleto	Dona de casa	1- 2 SM	Cardiovascular / hipertensão arterial sistêmica	Anual	Não
C12	F	62	Preta	Interior/ Urbana	Casada	Católica	Ensino superior completo	Comerciante	1 - 2 SM	Cardiovascular	Semestral	Sim/Igreja, festas
C13	F	33	Parda	Interior/ Rural	Solteira	Não tem	Ensino médio completo	Merendeira	1 – 2 SM	Cardiovascular	Anual	Não
C14	F	65	Preta	Salvador	Casada	Não tem	Ensino Fundamental Incompleto	Dona de Casa	1- 2 SM	Cardiovascular	Ocasionalmente	Não

\*Sexo: F- feminino \*\*SM = salário-mínimo vigente = R\$ 1.212

Observou-se vínculo com as pessoas sob os cuidados entre filhas (n=3), irmãs (n=5), cônjuges (n=3), mães (n=2), sobrinha (n=1). Sobre o tempo de exercício do cuidado, considerado até o momento da alta hospitalar, exerciam a menos de seis meses (n=7), há mais de 12 meses (n=5) e entre 06 a 12 meses (n=2).

Oito cuidadoras declaram insegurança para a continuidade do cuidado em domicílio, colocando como motivos o manuseio de dispositivos e de medicamentos, dúvidas sobre o acesso aos serviços de saúde e sobre a estrutura do domicílio para a prestação dos cuidados. Cinco não declaram insegurança, e uma não soube responder.

Com relação as pessoas que recebiam os cuidados, a idade variou entre 18 e 59 anos (n= 4), 65 e 79 anos (n=7), 80 mais (n=3). Seus principais problemas de saúde/ motivo da internação foram as doenças neurológicas (n=11), neurodegenerativas (n=2), musculoesqueléticas (n=1), com média de uso diário de medicamento mais que cinco (n=6), entre três e cinco (n=5) e entre um e dois (n=3). Seis utilizavam sonda de gastrostomia e seis possuíam lesão de pele com necessidade de curativo, todos possuíam alta dependência (Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant, 2005).

**Quadro 2.** Caracterização das cuidadoras de pessoas com dependência funcional referente a prestação do cuidado; e caracterização das pessoas dependentes dos cuidados, Salvador-Bahia, Brasil, 2023.

Caracterização das cuidadoras					Caracterização das pessoas dependentes dos cuidados				
Codínome	Vínculo com a pessoa cuidada	Tempo como cuidadora (em meses) *	Segurança/Insegurança para a continuidade dos cuidados	Motivos da insegurança	Idade da pessoa sob cuidados	Principais problemas de saúde/ motivo da internação	Quantidade de medicamentos administrados no domicílio	Uso de dispositivos para manuseio no domicílio	Lesões de pele com necessidade de curativos
C1	Filha	< 6 Meses	Inseguro	Sobrecarga de cuidados; manuseio de dispositivos	67	AVC	> 05	Sonda de gastrostomia	Sim
C2	Mãe	> 12 meses	Inseguro	Manuseio de dispositivos; gerenciamento de sinais e sintomas; sobrecarga de cuidados	43	Esclerose múltipla	01 a 02	Sonda de gastrostomia	Sim
C3	Irmã	< 6 Meses	Inseguro	Manuseio de dispositivo; medicamentos	68	AVC	03 a 05	Sonda de gastrostomia	Sim
C4	Irmã	< 6 Meses	Inseguro	Estrutura do domicílio; Outros (acesso aos serviços de saúde)	75	AVC	>05	Não	Não

C5	Mãe	< 6 Meses	Seguro	-	31	AVC, Crise convulsiva e cefaleia	03 a 05	Não	Não
C6	Cônjuge/ Companheiro	> 12 meses	Seguro	-	66	AVC	> 05	Não	Não
C7	Cônjuge/ Companheiro	< 6 Meses	Inseguro	Manuseio de dispositivos	76	AVC	> 05	Sonda de gastrostomia	Não
C8	Filha	> 12 meses	Seguro	-	76	AVC, hemiparesia e disartria.	> 05	Não	Sim
C9	Irmã	> 12 meses	Inseguro	Manuseio de dispositivos	52	Doença neurológica degenerativa/ doença de Huntington	03 a 05	Sonda de gastrostomia	Sim
C10	Sobrinha	> 12 meses	Inseguro	Estrutura do domicílio, outros (mobilidade)	84	AVC e risco de queda.	01 a 02	Não	Não
C11	Irmã	< 6 Meses	Não sabe	-	57	AVC	03 a 05	Não	Não
C12	Irmã	<12 >06 meses	Inseguro	Manuseio de dispositivos; medicamentos; estrutura do domicílio	83	Alzheimer, Fratura do colo do fêmur; HAS.	03 a 05	Não	Não
C13	Filha	< 6 Meses	Seguro	-	83	DPOC, AVC	> 05 (11)	Não	Não
C14	Cônjuge/ Companheiro	<12 >06 meses	Seguro	-	73	Neurológico (Parkinson) diabetes.	03 a 05	Sonda de gastrostomia	Sim

\*AVC - Acidente Vascular Cerebral \*DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica \*HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

No que se refere a rede de apoio/suporte recebido para a continuidade do cuidado, cuidadoras (n=8) recebem apoio informal/social de familiares, recebem apoio formal (cuidador formal, serviço de atendimento domiciliar, outros profissionais contratados) (n=2), ou ambos os suportes (n=4).

Conforme estabelecido na pesquisa matriz, sete ligações são realizadas sistematicamente. Entretanto, observou-se nestas cuidadoras (n=7), a necessidade de número maior de ligações (além das sete rotineiras), sendo proporcional ao tempo que demonstraram insegurança para os cuidados, aproximadamente 45 dias.

**Quadro 3.** Caracterização da rede de apoio, do acompanhamento e telemonitoramento das cuidadoras durante hospitalização e após alta, Salvador, Bahia, Brasil, 2023.

Codinome	Rede de apoio na comunidade	Treinamento/orientação durante hospitalização	Quantidade ligações atendidas após a alta	Demandas / dúvidas após a alta	Tempo em que demonstraram insegurança para continuidade dos cuidados (média dias)*	Engajamento para os cuidados *	Aquisição de maestria após finalização de acompanhamento*
C1	Apoio formal (ESF**). Apoio informal (cuidadora)	Treinamento/orientações (Gastrostomia, curativo e cuidados com a pele)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> <li>● Cuidados com pele e curativo;</li> <li>● Gerenciamento de sinais e sintomas;</li> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Orientações sobre a rede de saúde;</li> </ul>	90	Sim	Sim



C2	Apoio informal (familiares)	Treinamento/orientações (Gastrostomia, curativo e cuidados com a pele)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> <li>● Cuidados com pele e curativo;</li> <li>● Gerenciamento de sinais e sintomas;</li> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> </ul>	45	Sim	Sim
C3	Apoio informal (familiares/irmã) Apoio formal (Home Care)	Treinamento/orientações (Gastrostomia, curativo e cuidados com a pele)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> <li>● Cuidados com pele e curativo;</li> <li>● Gerenciamento de sinais e sintomas;</li> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> </ul>	45	Sim	Não
C4	Apoio informal (familiares/sobrinhos)	Orientações de cuidados gerais	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Modalidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Orientações sobre a rede de saúde;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> <li>● Orientação sobre estímulo da autonomia;</li> </ul>	30	Não	Não
C5	Apoio informal (familiares/ genro)	Treinamento/orientações (Mobilidade)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Modalidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Orientações sobre a rede de saúde;</li> </ul>	30	Sim	Sim

C6	Apoio informal (familiares)	Treinamento/orientações (Mobilidade)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Cuidados com a alimentação</li> <li>● Cuidados com a pele;</li> <li>● Gerenciamento de sinais e sintomas;</li> <li>● Conciliação medicamentosa e manuseio da insulina;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> <li>● Orientação sobre estímulo da autonomia;</li> <li>● Orientações sobre a Rede de saúde;</li> </ul>	60	Sim	Sim
C7	Apoio informal (familiares) Apoio formal (ESF)	Treinamento/orientações (Gastrostomia)	> 07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> <li>● Cuidados com a pele;</li> <li>● Gerenciamento de sinais e sintomas;</li> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> </ul>	60	Sim	Sim
C8	Apoio informal (familiares)	Orientações de cuidados gerais	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Cuidado com pele;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> <li>● Estímulo da autonomia;</li> </ul>	60	Sim	Sim
C9	Apoio informal (familiares)	Treinamento/orientações (Gastrostomia, curativo)	05	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> </ul>	30	Sim	Sim

	Apoio formal (cuidador formal)	e cuidados com a pele)		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados com a pele e curativo;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> <li>● Gestão de sinais e sintomas;</li> </ul>			
C10	Apoio formal (cuidador formal e profissionais contratados)	Orientações de cuidados gerais	03	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> </ul>	07	Sim	Sim
C11	Apoio informal (familiares)	Orientações de cuidados gerais	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> </ul>	30	Sim	Sim
C12	Apoio informal (familiares) Apoio formal (ESF/ fisioterapeuta contratado)	Treinamento/orientações (Mobilidade)	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> </ul>	30	Sim	Sim
C13	Apoio informal (familiares)	Orientações de cuidados gerais	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Cuidados com a pele;</li> <li>● Gestão de sinais e sintomas;</li> </ul>	45	Sim	Sim
C14	Apoio informal (familiares)	Treinamento/orientações (Gastrostomia)	07	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados e manuseio com gastrostomia;</li> <li>● Cuidados com pele e curativo;</li> <li>● Mobilidade;</li> <li>● Conciliação medicamentosa;</li> <li>● Prevenção de quedas;</li> <li>● Cuidados com higiene oral;</li> <li>● Gestão de sinais e sintomas;</li> </ul>	45	Sim	Sim

\*\* período observado através de instrumento de ligação e acompanhamento das demandas após alta; ESF -Estratégia de Saúde da Família

As principais demandas observadas e solucionadas pela equipe da pesquisa matriz se referiam a: manuseio da gastrostomia (n= 6); cuidados com a pele (n=9), manejo de lesões de pele como realização de curativo (n= 5), gestão de sinais e sintomas (n=8); mobilidade (n=11); conciliação medicamentosa (n= 12); cuidados com a cavidade oral (n= 6); prevenção de queda (n=7); suporte com alimentação (n=1); estímulo da autonomia (n=3); e uso da rede e serviços de saúde (n=4).

Com apoio do software, observou-se uma relação entre a quantidade de ligações atendidas (Quadro 2) e a experiência prévia de cuidado (Quadro 3). Cuidadoras (n=7) com menor tempo de experiência no cuidado (<06 meses) atenderam todas as ligações de monitoramento da pesquisa matriz (sete ligações) ou necessitaram de mais ligações (n=6) para adquirir segurança e maestria, pois tiveram mais dúvidas, mesmo tendo recebido orientações e treinamento durante o internamento do familiar. Cuidadoras com experiência entre seis meses e um ano (n=02), atenderam e conseguiram resolver as suas dúvidas com as sete ligações pontuais. Por outro lado, cuidadoras (n=3) com maior tempo de experiência no cuidado (> 12 meses) também necessitaram de mais ligações (>07), possivelmente por novas demandas devido a progressão da doença, geralmente em situação de reinternamento para colocação de dispositivos e cuidados com lesões de pele. Duas cuidadoras com o mesmo tempo de experiência (> 12 meses) necessitaram de cinco e três ligações, pois contaram com apoio do suporte formal.

O preparo para a alta de forma antecipada, focando nas demandas e dúvidas das cuidadoras, facilitou a transição segura. Cuidadoras (n=8) que receberam treinamento durante o internamento hospitalar, continuando após a alta por telemonitoramento, desenvolveram maestria para os cuidados. Das duas que não alcançaram a maestria, uma recebeu apenas orientações, pois não havia demanda para o treinamento, e a outra recebeu orientações e treinamento. Entretanto, a despeito disso, não desenvolveram consciencialização e não se envolveram no processo. Possivelmente vivenciaram apenas uma mudança na situação saúde-doença e institucional (hospital x domicílio). Das cuidadoras (n=5) que receberam apenas orientações de cuidados gerais (Quadro 3), uma não desenvolveu a maestria (C4), embora tenha sido acompanhada com sete ligações após a alta, entretanto sem engajamento.

Por outro lado, observou-se maestria nas cuidadoras que se engajaram no processo, apontando que a aquisição de novas competências foi diretamente proporcional ao nível de engajamento. Contudo, embora engajada no processo, uma participante não desenvolveu maestria, possivelmente pela presença do apoio formal (cuidador formal e profissionais multidisciplinares) no retorno ao domicílio.

O engajamento e a consciencialização foram observados pela percepção de envolvimento ao longo do internamento e durante o acompanhamento de três meses, através da análise documental na primeira etapa.

Ressalta-se que condições pessoais, sociais, comportamentais, conflitos familiares e percepção sobre o papel desempenhado influenciaram no desenvolvimento de novas competências, promovendo facilidade/dificuldade para aquisição mais rápida, mais lenta ou não aquisição da maestria.

O nível de escolaridade não influenciou no número de ligação, no envolvimento durante o telemonitoramento, no sentimento de segurança/insegurança, nas dúvidas sobre a continuidade do cuidado e na aquisição da maestria. Possuir consciencialização e engajamento no processo, aliado a orientações e treinamento durante o internamento com apoio da equipe de saúde dando o suporte necessário, e ao menos um mês após a alta, mostrou-se positivo para aquisição da maestria.

A partir dos dados (discursos e análise documental), com o apoio do webQDA, da literatura sobre o tema e da Teoria das Transições (Meleis, 2010), foram realizadas codificações interpretativas (código árvore) e questionamento dos dados (palavras frequentes e matrizes), formando duas categorias com suas subcategorias: 1. Aspectos facilitadores que influenciaram na aquisição da maestria, com as subcategorias: consciencialização, engajamento, apoio familiar e informal, apoio formal, crenças e atitudes positivas; 2. Aspectos dificultadores para aquisição da maestria, com as subcategorias: insuficiência familiar, questões socioeconômicas, desgaste físico e emocional da cuidadora.

## **DISCUSSÃO**

O processo de transição pode ocorrer simultaneamente durante um determinado período, em nível individual ou familiar, caracterizando mudanças desencadeadas por um ou mais eventos, demandando novos comportamentos, recursos e estratégias que envolvem ações para adaptação eficaz (Meleis, 2010).

Nesse estudo, o apoio formal foi constituído ao longo do internamento pela equipe assistencial da unidade e pela equipe da pesquisa matriz desenvolvida na enfermaria. Esta, principalmente, se mostrou estratégica para continuidade da assistência no domicílio e apoio após a alta, realizando acolhimento das demandas, orientações, vinculação e comunicação com a equipe de saúde, contribuindo no desenvolvimento de aptidões e autogerenciamento de sinais e sintomas. Forneceu cuidados continuados e coordenados para a cuidadora desenvolver habilidades cognitivas e de enfrentamento no domicílio. O apoio formal ocorreu também

através de cuidadores profissionais, serviços de profissionais em domicílio e programa de atenção domiciliar.

Estudos mostram que cuidadoras que recebem apoio de programas de continuidade do cuidado com treinamento, educação em saúde e telemonitoramento, se sentem seguros para cuidar, valorizam o seu autocuidado e, conseqüentemente, se adaptam melhor à situação. Assim, a rede de apoio formal é um suporte importante, que garante acesso a conhecimento e habilidades necessárias (Slatyer et al., 2019; Burgdorf et al., 2021 ).

O apoio informal também influenciou na aquisição da maestria, oferecendo apoio na divisão de tarefas. No estudo, este foi oferecido principalmente por familiares, especialmente filhas e irmãs, embora questões socioeconômicas, insuficiência familiar e demanda de cuidado tenham dificultado, acarretando maior sobrecarga física e emocional.

As condições que inibem o desenvolvimento da maestria e uma transição saudável para cuidadoras incluem suporte familiar e social inadequado, informação insuficiente sobre os cuidados, ausência de capacitação, rede de apoio fragilizada e dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde (Amaral et al., 2020; Ferreira et al., 2020; Sun et al., 2023).

Conforme Meleis, condições individuais como significados, atitudes, crenças culturais, situação socioeconômica, preparação, conhecimento, além dos recursos disponíveis na comunidade como apoio de membros da família, amigos e estrutura de serviços na rede de saúde, podem influenciar de forma positiva ou negativa para aquisição da maestria (Meleis, 2010).

Com relação as crenças, religiosidade e pensamentos positivos fortaleceu e ajudou na promoção, adaptação, resiliência e desempenho do papel de cuidadora. A espiritualidade é considerada fator de proteção para o enfrentamento dos impactos biopsicossocial, sobrecarga e estresse associadas à experiência de adoecimento e mudanças da vida, sendo excelente estratégia de enfrentamento (Palacio et al., 2020).

Sobre a preparação e conhecimento, instruir-se durante o processo de hospitalização para a continuidade dos cuidados facilita a experiência de cuidadoras. Por outro lado, a falta de preparo pode inibir a aquisição da maestria, ocasionar dúvidas e insegurança, repercutindo na saúde física e mental, promovendo risco também para as pessoas sob os cuidados (Nikbakht-Nasrabadi; Mardanian-Dehkordi; Taleghani, 2021; Rodrigues et al., 2021). Logo, o planejamento antecipado da alta, o telemonitoramento, o apoio social e familiar, o acesso aos dispositivos de saúde, e a educação em saúde repercutem em transições saudáveis com aquisição da maestria, desde que o engajamento e a consciencialização estejam presentes, dando sentido para o novo contexto. Autores enfatizam a importância do envolvimento de familiares

cuidadoras nas decisões ao longo do internamento, e acompanhamento destas com profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e demais membros da equipe assistencial para dar suporte nesse momento de mudança de papel (Dale et al., 2020; Hirschman et al., 2018).

No discurso das participantes, poucas inferências foram feitas sobre o engajamento e a consciencialização. Contudo, este movimento foi observado na pesquisa documental e nos formulários de acompanhamento, através dos registros relacionados à recepção e interação nos treinamentos e orientações durante o internamento, durante as ligações telefônicas e de videochamadas, trocas de mensagens por aplicativo de mensagens, envio de fotos, vídeos e feedbacks relacionados às condições clínicas, que demonstraram envolvimento das cuidadoras, mostrando-se situadas.

Compreender necessidades e capacidades das cuidadoras pode ajudar no engajamento e tomada de decisão necessárias. Conforme autores, intervenções telefônicas direcionadas para as necessidades após alta hospitalar são ferramentas de apoio que conectam cuidadoras a equipe de saúde (Slatyer et al., 2019; McGilton et al., 2021). A articulação com a rede de apoio formal, nesse caso a pesquisa matriz em curso e demais profissionais de saúde, ajudou as cuidadoras no gerenciamento e engajamento ao processo de transição hospital domicílio.

Nessa pesquisa, observou-se que a experiência prévia com o cuidado foi inversamente proporcional a necessidade de ligações, exceto para as cuidadoras de pessoas que progrediram a doença neurológica, necessitando de novos conhecimentos e habilidades. Ademais, o período entre 07 e 90 dias (média de 45 dias) para sentir-se segura na execução do cuidado, variou conforme dependência funcional das pessoas sob os cuidados, uso de dispositivo, risco de lesão de pele e, conseqüentemente, menor ou maior necessidade de readaptação e desenvolvimento de habilidades. Logo, nas situações de insegurança, houve intensificação do telemonitoramento.

Por isso, é relevante incentivar e possibilitar, sempre que possível e seguro, que as cuidadoras auxiliem nos cuidados durante a internação, favorecendo o desenvolvimento de segurança e habilidade para continuidade destes, sendo ainda uma oportunidade para orientação e retirada de dúvidas (Magagnin et al., 2021). Na realidade brasileira, em relação à saúde pública, nem todos os usuários conseguem acessar/ingressar com facilidade na Rede de Atenção à Saúde após retorno ao domicílio por uma série de motivos (Fisher et al, 2021; Rodrigues et al., 2021). Sendo assim, a atenção às cuidadoras para a continuidade do cuidado durante o internamento é importante.

Um estudo epidemiológico com 210 pacientes avaliou a qualidade dos cuidados transicionais e sua associação com readmissões através de itens como orientações sobre o autogerenciamento dos cuidados, plano de alta e encaminhamentos após a alta hospitalar. Os

autores observaram que além da gravidade e complexidade das condições de saúde das pessoas, fatores como fragilidade no sistema de saúde, ausência de políticas nacionais de apoio e falta de suporte no retorno para o domicílio contribuíram com a fragmentação dos cuidados após a alta, levando a transições inseguras e readmissão (Weber; Lima; Acosta, 2019).

Para assegurar eficácia a continuidade dos cuidados, faz-se necessário integrar ações envolvendo planejamento antecipado da alta hospitalar, educação em saúde, telemonitoramento e visita domiciliar no período crítico após a alta (Noel et al., 2020; McGilton et al., 2021). Essas ferramentas, quando aliadas, apoiam a transição segura e a aquisição da mestria. As cuidadoras dessa pesquisa cuidaram de pessoas com alta dependência e, em sua maioria, necessitaram no mínimo três meses de acompanhamento para sentirem-se seguras, pois o apoio, embora presente, foi insuficiente.

Autores observam que maior experiência com o cuidado de outras pessoas, acesso a rede de apoio formal, e rede de apoio informal fortalecida, pode reduzir o tempo necessário de acompanhamento, seja por telefone ou visitas domiciliares (Rodrigues, 2021; Sun et al., 2023a, 2023b). Nessa pesquisa, através da análise documental, percebeu-se que as principais dúvidas ocorreram nos primeiros dois meses após a alta, sendo proporcionais ao grau de dependência da pessoa sob cuidados, manuseio de dispositivos e cuidados gerais para as atividades de vida diária. Autores recomendam o acompanhamento ao menos no primeiro mês após a alta, considerado o momento mais crítico (Slatyer et al., 2019; Fisher et al., 2021).

Outros indicadores para aquisição da maestria e transição salubre pontuados por Meleis incluem: sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar localizado/situado e desenvolver confiança e enfrentamento (Meleis, 2010). Logo, a boa comunicação é essencial. Nesse estudo, uma das cuidadoras que não adquiriu maestria teve comunicação e relação com a equipe assistencial conflituosas, assim como a família tinha problemas de relação. Autores enfatizam a comunicação entre cuidador e equipe de saúde como ponto positivo e facilitador para que cuidadoras se sintam situadas e engajadas na função (Sun et al., 2023; Slatyer., 2019).

Esse estudo tem como limitação o fato de ter abordado uma população com perfil sociodemográfico e cultural semelhante, atendida pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro, vinculada a uma região específica do país, cuidado de pessoas com afecções neuromusculoesqueléticas. Apesar disso, ao confrontar os dados com a literatura, percebeu-se achados semelhantes relacionados aos aspectos para o desenvolvimento da maestria.



## CONCLUSÃO

Os aspectos necessários ao desenvolvimento da maestria pelas cuidadoras foram, principalmente, a consciencialização e o engajamento. Apoio familiar e social, apoio formal da equipe de saúde especialmente da equipe da pesquisa matriz, treinamento e educação em saúde durante a internação e por telemonitoramento após alta, contribuíram para que as cuidadoras desenvolvessem habilidade para cuidar, facilitando e oferecendo segurança para a transição entre o hospital e o domicílio, desde que a consciencialização e o engajamento estivessem garantidos.

Por outro lado, insuficiência familiar, dificuldades financeiras e de acesso aos serviços de saúde, desgaste físico e emocional da cuidadora dificultaram a aquisição da maestria, levando a queixas de sobrecarga e adoecimento.

Observou-se que a transição do cuidado é uma importante ferramenta de apoio na transição ao domicílio, contudo, para além do treinamento para o cuidado, é preciso dar suporte as cuidadoras ao longo do internamento e no domicílio, para que estas se sintam situadas, engajadas, dando um sentido ao seu novo papel.

## REFERÊNCIAS

- Burgdorf, J. G., Arbaje, A. I., Stuart, E. A., Wolff, J. L. (2021). Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1887–1895. <https://doi.org/10.1111/jgs.17138>
- Dale, C. M., Carbone, S., Istanboulian, L., Fraser, I., Cameron, J. I., Herridge, M. S., & Rose, L. (2020). Support needs and health-related quality of life of family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and admission to a specialised weaning centre: A qualitative longitudinal interview study. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 58(102808), 102808. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102808>
- Dolu, İ., Naharçı, M. İ., Logan, P. A., Paal, P., & Vaismoradi, M. (2021). Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(3), 871–880. <https://doi.org/10.1111/scs.12904>
- Ferreira, B. A. da S., Gomes, T. J. B., Baixinho, C. R. S. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2020). Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73, e20200394. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
- Fisher, M. M. J. B., Marcon, S. S., Barreto, M. da S., Batista, V. C., Marquete, V. F., Souza, R. R. de, Vieira, V. C. de L., & Schillo, S. (2021). Caring for a family member with stroke sequelae: The first days at home after hospital discharge. *REME*, 25. <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210033>

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cadernos de saude publica*, 24(1), 17–27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Fugulin, F. M. T., Gaidzinski, R. R., & Kurcgant, P. (2005). Patient classification system: identification of the care profile of patients in the hospitalization units of the HU-USP. *Latin American Journal of Nursing*, 13, 72–78. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000100012>
- Lee, J. Y., Yang, Y. S., & Cho, E. (2022). Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 43, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. da S., & Marques Acosta, A. (2020). Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*, 19(4), 1–11. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
- Noel, K., Messina, C., Hou, W., Schoenfeld, E., & Kelly, G. (2020). Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month, randomized controlled trial evaluating the use of Telehealth to achieve triple aim objectives. *BMC Family Practice*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1094-5>
- Nikbakht-Nasrabadi, A., Mardanian-Dehkordi, L., & Taleghani, F. (2021). Abandonment at the transition from hospital to home: Family caregivers' experiences. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(3), 525–532. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i3.9>
- Magagnin, A. B., Heidemann, I. T. S. B., Rumor, P. C. F., Souza, J. M. de, Manfrini, G. C., & Alvarez, Â. M. (2021). Development of personal skills of family caregivers in the hospitalization of people with a stroke. *REME - Rev Min Enferm.* <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210023>
- McGilton, K. S., Vellani, S., Krassikova, A., Robertson, S., Irwin, C., Cumal, A., Bethell, J., Burr, E., Keatings, M., McKay, S., Nichol, K., Puts, M., Singh, A., & Sidani, S. (2021). Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company
- Otero, P., Torres, Á. J., Vázquez, F. L., Blanco, V., Ferraces, M. J., & Díaz, O. (2019). Does the disease of the person receiving care affect the emotional state of non-professional caregivers? *Frontiers in Psychology*, 10, 1144. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01144>
- Palacio G, C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in caregivers: A systematic review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 37(8), 648–658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>
- Rodrigues, T. F. C. (2021). educational intervention to increase the competence of informal caregivers: A quasi-experimental pilot study. *Text & Context - Nursing*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0152>
- Slatyer, S., Aoun, S. M., Hill, K. D., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>
- Souza, F. N., Costa, A. P., Moreira, A., Souza, D. N., & Freitas, F. (2016). *webQDA: quick user manual*. Aveiro: UA Editora. Available » [https://app.webqda.net/Fontes/Manual\\_de\\_Utilizacao\\_webQDA.pdf](https://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf)
- Sun, M., Qian, Y., Liu, L., Wang, J., Zhuansun, M., Xu, T., & Rosa, R. D. (2023a). Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: a qualitative

study of older patients' and health care providers' perspectives. *Frontiers in public health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>

Sun, M., Liu, L., Wang, J., Zhuansun, M., Xu, T., Qian, Y., & Dela Rosa, R. (2023b). Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Frontiers in public health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723>

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se que as cuidadoras vivenciaram processo dinâmico, complexos e múltiplos, desencadeada por um evento de adoecimento de um ente familiar e, de papel social para principal responsáveis pelos cuidados, e mudança organizacional (hospital-domicílio), necessitando de novos conhecimentos e habilidades motoras e cognitivas para enfrentamento dessas mudanças após alta hospitalar, a maestria.

A aquisição da maestria foi um processo individual, mesmo para aquelas cuidadoras que tem eventos desencadeadores e condições de vida semelhantes. Exigiu aspectos como engajamento e a consciencialização que foram compreendidos nos significados, envolvimento e percepção sobre o papel desempenhado no processo de transição e cuidado, e estiveram diretamente interligadas a aquisição ou não de maestria das cuidadoras.

O tempo médio para que as cuidadoras desenvolvessem a maestria ocorreu com quarenta e cinco dias. Esse tempo foi correlacionada a questões de insegurança para a continuidade do cuidado em domicílio, grau de dependência funcional das pessoas sob os cuidados (manuseio de dispositivo, lesão de pele, e as ABVD e AIVD). Esses fatores também levaram a intensificação do telemonitoramento com média de sete ligações, bem como, e a adesão dos cuidadores com relação ao cuidado de transição, independente do tempo de experiência que elas tinham como cuidadora.

Corroborando que para cuidar de uma pessoa com alta dependência funcional de forma segura, a cuidadora precisa de readaptação e desenvolvimento de habilidades. Estas são adquiridas ao longo do processo de transição através de ações articuladas e planejadas para propiciar o suporte a cuidadora como o preparo para a alta de forma antecipada, focando nas demandas e dúvidas das cuidadoras, treinamento durante o internamento hospitalar, continuando após a alta por telemonitoramento.

Este estudo evidencia que o preparo facilita a transição segura e o desenvolvimento maestria para os cuidados, por outro lado, a falta de preparo pode inibir a aquisição da maestria, ocasionar dúvidas e insegurança, repercutindo na saúde física e mental, promovendo risco também para as pessoas sob os cuidados.

Os fatores condicionantes que facilitaram esse processo foram observados a partir correlação das condições pessoais, sociais, comportamentais, crenças e cultura, apoio formal (profissionais, serviços de saúde, apoio de programas de continuidade do cuidado, educação em saúde e telemonitoramento,), o apoio informal (comunidade e família). No estudo o apoio formal foi constituindo, principalmente, pela equipe do Cuidado de transição (CT).

Os condicionantes que dificultaram e tornaram o processo de transição insegura/insalubre foram o suporte familiar e social inadequado, informação insuficiente sobre os cuidados, ausência de capacitação, rede de apoio fragilizada e dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde questões socioeconômicas. Para a cuidadora, essas condições inibem o cuidado no retorno ao domicílio e podem acarretar maior sobrecarga com risco de adoecimento física e emocional.

Dessa forma, para reduzir os impactos que uma transição insegura faz- se necessário a capacitação das equipes de saúde para o acolhimento das demandas da cuidadora e elaboração de plano de alta organizado e antecipado, telemonitoramento, Além da articulação dos serviços de Atenção Primária.

Está pesquisa traz a luz a importância social dessas mulheres, e necessidade de fomentar discussões, criação e implementação de estratégias e políticas públicas para assistir essas cuidadoras após alta hospitalar. Demonstra, ainda a importância de equipe de Cuidado de Transição (CT) como estratégia para fornecer os cuidados continuados e coordenados para a cuidadora desenvolver a maestria.

**REFERÊNCIAS**

ALLEN, Jacqueline. et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC health services research**, vol. 14, no. 1, p. 346, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>>.

AMARAL, M. O. P. et al. Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. **Archives of Health Sciences**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 37–41, 2020. DOI: 10.17696/2318-3691.27.1.2020.1710. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/64>. Acesso em: 11 set. 2023.

ASHBOURNE, Jessica. et al. Health care transitions for persons living with dementia and their caregivers. **BMC geriatrics**, vol. 21, no. 1, p. 285, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02235-5>>.

BAIXINHO, C. L.; FERREIRA, Ó. Do hospital para a comunidade - a transição (in) segura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. vol. 33, 2019. Disponível em: <<http://https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>>.

BATISTA, J. et al. Transitional Care Management from Emergency Services to Communities: An Action Research Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 22, p. 12052, 17 nov. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph182212052>>.

BELLATO, R. et al. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 81–88, jun. 2016 . Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>>.

BLANCK, Elin. et al. Informal carers in Sweden - striving for partnership. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, vol. 16, no. 1, p. 1994804, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2021.1994804>>.

BRASIL, Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>

BRASIL, Ministério do trabalho. **Classificação brasileira de ocupações (CBO), Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos**. Brasil, 2003. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoOcupacaoMovimentacao.jsf>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>

BRASIL, Lei Complementar nº. 150, de 1º de junho de 2015. **Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico**; altera as Leis nº. 8.212, de 24 de julho de 1991, nº. 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº. 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº. 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº. 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº. 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015. Disponível

em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2015/leicomplementar-150-1-junho-2015-780907-publicacaooriginal-147120-pl.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasil, 2017. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde (PNS 2019) informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Brasil, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comitês de Ética em Pesquisa (CONEP). **Ofício circular n.02/2021, Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual**. Brasil, 2021.

BURGDORF, J. G.; ARBAJE, A. I.; STUART, E. A.; WOLFF, J. L. (2021). Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care. **Journal of the American Geriatrics Society**, vol.69, no.7, p.1887–1895. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.17138>.

CARES, W. 2020. **Research Report The rise in the number of unpaid carers during the coronavirus (COVID-19) outbreak**. [s.l.] Copyright Carers UK, jun. 2020. Disponível em: [https://www.carersuk.org/images/CarersWeek2020/CW\\_2020\\_Research\\_Report\\_WEB.pdf](https://www.carersuk.org/images/CarersWeek2020/CW_2020_Research_Report_WEB.pdf).

CHEN, Langduo; XIAO, Lily Dongxia; CHAMBERLAIN, Diane; et al. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. **Journal of clinical nursing**, vol. 30, no. 19–20, p. 2786–2807, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15807>.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. **Transitions: A Nursing Concern**. Aspen: In: Chinn PL. Nursing research methodology: issues and implementation. Rockville, 1986.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da, et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200187, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 137–145, 27 out, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.

DALE, C.M. et al. Support needs and health-related quality of life of family caregivers of patients requiring prolonged mechanical ventilation and admission to a specialized weaning centre: A qualitative longitudinal interview study. **Intensive Crit Care Nurs**. v.58,2020. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1016/j.iccn.2020.102808>.

- DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3789–3798, nov. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>>.
- DYE, Cheryl; WILLOUGHBY, Deborah; AYBAR-DAMALI, Begum; et al. Improving chronic disease self-management by older home health patients through community health coaching. **International journal of environmental research and public health**, vol. 15, no. 4, p. 660, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15040660>>.
- DOLU, Í. et al. Qualitative Study of Older Patients' and Family Caregivers' Perspectives of Transitional Care From Hospital to Home. **Research and theory for nursing practice**. [s.l.: s.n.], 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1891/RTNP-D-20-00067>>.
- FERNANDES, C. S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0675–0682, ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>.
- FERREIRA, Bruna Alexandra da Silva; GOMES, Thawanna Jeremias Barbosa; BAIXINHO, Cristina Rosa Soares Lavareda; et al. Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. **Revista brasileira de enfermagem**, vol. 73, no. suppl 3, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>>.
- FISHER, M. M. J. B. et al. Cuidando de familiar com sequela de acidente vascular cerebral: os primeiros dias em casa após alta hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 0, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44499>.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 17–27, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 72–78, fev. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>.
- GARBACCIO, J. L.; TONACO, L. A. B. Características e dificuldades do cuidador informal na assistência ao idoso. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, p. 680–686, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOLDSTEIN, Jennifer N.; HICKS, Leroi S.; KOLM, Paul; et al. Is the care transitions measure associated with readmission risk? Analysis from a single academic center. **Journal of general internal medicine**, vol. 31, no. 7, p. 732–738, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3610-9>>.
- GOMES, T. J. B. et al. Algoritmo para o cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: estudo de validação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 9 jul. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0625>>.



HAGGERTY JL; REID RJ; FREEMAN GK; STARFIELD BH; ADAIR CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ [periódico na Internet]** 2003 [acessado 2023 out.2023]. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>>

KRAUN L. et al. Older peoples' and informal caregivers' experiences, views, and needs in transitional care decision-making: a systematic review. **International journal of nursing studies**, vol.134, no.104303, p.104303, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104303>>.

LEE, J. Y. et al. Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatric nursing (New York, N.Y.)**, vol.43, p.64–76, 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>>.

LIMA, M. A. D. DA S. et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>>.

LOW, L. L. et al. Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: A randomized controlled trial. **PLoS one**, vol. 12, no. 1, p. e0168757, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168757>>.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 353–363, jun. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>>.

MAGAGNIN, A. B. et al. Desenvolvimento de habilidades pessoais do cuidador familiar na hospitalização de pessoas com acidente vascular cerebral. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 0, p. 1–10, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44512>>.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. **Avanços na Ciência da Enfermagem**, v. 23, p. 12, set. 2000.

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. **Theoretical nursing : development and progress**. Fifth Edition. ed. Philadelphia: Lippincott;, 2012.

MENDES, P. N. et al. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 87–94, fev. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>>.

MENEZES, T. M. DE O. et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 294–301, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>>.

MEIQARI L, Al-Oudat T. et al. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A

scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. **Health Res Policy Syst.** 2019 Mar 7;17(1):27. Disponível em: <[https://doi: 10.1186/s12961-019-0426-1](https://doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1)>

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MCGILTON, K. et al. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. **BMC geriatrics**, vol. 21, no. 1, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9>>.

NALL, Ryan W.; HERNDON, Brandon B.; MRAMBA, Lazarus K.; et al. An interprofessional primary care-based transition of care clinic to reduce hospital readmission. **The American journal of medicine**, vol.133, n.6, p.e260–e268, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.10.040>>.

NIKBAKHT-NASRABADI, Alireza; MARDANIAN-DEHKORDI, Leila and TALEGHANI, Fariba. Abandonment at the transition from hospital to home: Family caregivers' experiences. **Ethiopian journal of health sciences**, vol. 31, no. 3, p. 525–532, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v31i3.9>>.

NOEL, K. et al. Tele-transitions of care (TTOC): a 12-month, randomized controlled trial evaluating the use of Telehealth to achieve triple aim objectives. **BMC family practice**, vol. 21, no. 1, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-1094-5>>.

OCCELLI, P. et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 57.2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0233->>.

OLIVEIRA, D. C. et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 838–844, dez. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400025>>.

ONWUMERE, Juliana, et al. COVID-19 and UK family carers: policy implications. **Lancet Psychiatry**, v.8, n.10, p:929-936 2021. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00206-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00206-6)>.

OTERO, P. et al. Does the disease of the person receiving care affect the emotional state of non-professional caregivers? **Frontiers in psychology**, vol.10, p.1144, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01144>>.

PALACIO, G.C. et al. Resilience in caregivers: A systematic review. **The American journal of hospice & palliative care**, vol.37, n.8, p.648–658, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1177/1049909119893977>>.

PEREIRA, A. M. O. et al. Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 37, 11 dez. 2020. Disponível em: <<http://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1710>>.

PIRES, C. L. et al. Costs of Informal Caregiving in Dementia. **Acta Medica Portuguesa**, v. 33, n. 9, p. 559–567, 1 set. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.20344/amp.11922>>.

- RASMUSSEN, L. F. et al. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. **BMJ Open**, v. 11, n. 1, p. e040057, 1 jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040057>>.
- REEVES, M. J. et al. Opening Pandora's Box: From Readmissions to Transitional Care Patient-Centered Outcome Measures. **Medical Care**, v. 59, n. 8 Suppl 4, p. S336–S343, ago. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001592>>.
- RODRIGUES, T. F. C. DA S. et al. Intervenção educativa para aumento da competência do cuidador informal: Estudo piloto quase experimental. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, 19 jul. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0152>>.
- SANTOS, J. L. P. et al. Adaptação de longevos no domicílio após internação na unidade de terapia intensiva e alta hospitalar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p.e20180286, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0286>>.
- SANTOS, M.T et al. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. **Rev Esc Enferm USP**. 2022;56:e20220100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en>>
- SILVA, C. F. T. et al. Cuidado de enfermeiras a idosos com doença arterial coronariana na perspectiva da Teoria das Transições. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>>.
- SILVA, Y. C.; SILVA, K. L. Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0335>>.
- SLATYER, S. et al. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. **BMC health services research**, vol.19, n.1, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>>.
- Souza, F.N. et al. webQDA: quick user manual [Internet]. **Aveiro: UA Editora**; 2016]. Disponível em: <[https://app.webqda.net/Fontes/Manual\\_de\\_Utilizacao\\_webQDA.pdf](https://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf)>.
- SUMIKAWA, Y.; YAMAMOTO-MITANI, N. Transitional care during COVID-19 pandemic in Japan: Calls for new strategies to integrate traditional approaches with information and communication technologies. **Biosci Trends**, vol. 15, n.1, p: 55-57.2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5582/bst.2021.01056>>.
- SUN, M. et al. Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: a qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. **Frontiers in public health**, vol.11, 2023a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>>.
- SUN, M. et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. **Frontiers in public health**, vol.11, 2023b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723>>.
- UTZUMI, F.C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. e4250016, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>>

WANG, Y. et al. Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: a prospective observational study in an Asian setting. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1945, 26 out. 2021.

WANG, Y. et al. Burden of informal care in stroke survivors and its determinants: a prospective observational study in an Asian setting. **BMC public health**, vol.21, n.1, p.1945, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-11991-3>>.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: Revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 28 jul. 2017. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>>.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. DA S.; ACOSTA, A. M. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan**, v. 19, n. 4, 2019. Disponível em:< <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>>>

**APÊNDICE A- Questões Norteadoras**

1. Quais cuidados você desenvolve com seu familiar? (Como está fazendo)
2. Com relação a oferta do cuidado, como você se sente agora em relação ao momento da alta?
3. Qual período após alta hospitalar foi mais difícil para você e por quê?
4. Houve necessidade de mudança na rotina? Como e quais foram?
5. O que facilitou ou dificultou para você a prestação do cuidado ao seu familiar?
6. Sente-se seguro para ofertar os cuidados? (Quais aspectos você sente-se seguro, em que? Falar sobre as rotinas de ABVD AIVD, necessidades básicas/ cuidado/ autocuidado, desenvolveu confiança.
7. Dos cuidados relatados quais você sente-se seguro e quais não se sente? Como o acompanhamento contribuiu para isso, de que forma? quais outros aspectos contribuíram para sua segurança?  
Se não, quais são os fatores que contribuem com a sua insegurança?
8. O tempo de acompanhamento, por telefone, foi suficiente para você se sentir seguro nos cuidados com seu familiar?
9. Fale-me sobre como está o seu autocuidado? como o acompanhamento contribuiu ou não para seu autocuidado?

## ANEXOS I - Escala de Fugulin

## Sistema de Classificação de pacientes de Fugulin 2002

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou catéter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou catéter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de catéter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

## Pontuação:

Cuidados Mínimos: 9 a 14 pontos

Cuidados Intermediários: 15 a 20 pontos

Cuidados alta dependência: 21 a 26 pontos

Cuidados semi-intensivos: 27 a 31 pontos

Cuidados intensivos: acima de 31 pontos

## ANEXO II - Instrumento de coleta de dados da pessoa adulta/idosa hospitalizada

<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A PESSOA ADULTA/IDOSA HOSPITALIZADAS</b>
---

**1. IDENTIFICAÇÃO NO ESTUDO**

Nome do participante (Adulto ou idoso):

Data de admissão: / /

Inicial do entrevistador: Data da entrevista: / /

Respondente:

 [01] Pessoa hospitalizada [02] Familiar/Cuidador**2. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DA PESSOA HOSPITALIZADA**

2.1 Sexo: 2.2 Nacionalidade:

 [01] Mulher [01] Brasileiro [02] Homem [02] Estrangeiro

2.3 Naturalidade:

 [01] Salvador [02] Região Metropolitana de Salvador [03] Interior [04] Outro Estado

Caso outro, comente aqui: \_\_\_\_

2.4 Procedência:

 [01] Urbana [02] Rural

2.5 Endereço e Complemento:

2.5.1 Bairro e CEP: 2.5.2 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

2.6 Irá para mesma casa do familiar/cuidador:

 [01] Sim [02] Não

2.6.1 Se não, qual novo endereço?

2.7 Data de nascimento: / /

2.8 Raça/Etnia:

 [01] Branco [02] Preto [03] Pardo [04] Amarelo [05] Indígena

2.9 Estado civil:

 [01] Solteiro [02] Casado [03] Divorciado ou separado [04] Viúvo [05] União Estável [06] Mora junto

2.10 Religião:

 [01] Católico [02] Protestante [03] Espírita [04] Matriz africana [05] Não possui [06] Outra religião, qual?

2.11 Escolaridade:

 [01] Analfabeto

<input type="checkbox"/> [02] Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> [03] Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> [04] Ensino médio completo <input type="checkbox"/> [05] Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> [06] Ensino superior completo <input type="checkbox"/> [07] Ensino superior incompleto	
2.12 Profissão: _____	
2.13 Renda familiar mensal:	
<input type="checkbox"/> [01] 0-1SM <input type="checkbox"/> [02] < 1,5 a > 2 SM <input type="checkbox"/> [03] < ou = 3 SM <input type="checkbox"/> [04] Benefício social (Auxílio Brasil) <input type="checkbox"/> [05] Outro, qual? _____	
2.14 Filhos:	2.14.1 Quantidade:
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] 0 <input type="checkbox"/> [02] 1 a 3 <input type="checkbox"/> [03] 4 a 6 <input type="checkbox"/> [04] > 6
2.15 Quantidade de pessoas que mora no seu domicílio:	2.15.1 Quantas pessoas moram no seu domicílio que possuem vínculo empregatício:
<input type="checkbox"/> [01] 0 <input type="checkbox"/> [02] 1 a 3 <input type="checkbox"/> [03] 4 a 6 <input type="checkbox"/> [04] > 6	<input type="checkbox"/> [01] 0 <input type="checkbox"/> [02] 1 a 3 <input type="checkbox"/> [03] 4 a 6 <input type="checkbox"/> [04] > 6
2.15.2 Quantas pessoas moram no seu domicílio que participam dos sustento familiar:	
<input type="checkbox"/> [01] 0 <input type="checkbox"/> [02] 1 a 3 <input type="checkbox"/> [03] 4 a 6 <input type="checkbox"/> [04] > 6	
<b>3. DADOS DE SAÚDE DA PESSOA HOSPITALIZADA</b>	
3.1 Possui alguma morbidade/comorbidades?	
<input type="checkbox"/> [01] Cardiovascular (Hipertensão, arteriosclerose, Insuficiência cardíaca, Cardiopatia isquêmica) <input type="checkbox"/> [02] Respiratório (COVID_19, Insuficiência respiratória, asma, pneumonia) <input type="checkbox"/> [03] Digestivo ( refluxo gastroesofágico, constipação intestinal, gastrite, esteatose hepática, síndrome do intestino irritável) <input type="checkbox"/> [04] Renal (Insuficiência Renal Crônica, cálculo renal, nefrite, obstrução) <input type="checkbox"/> [05] Neurológico (AVC, Alzheimer, Esclerose Múltipla, Tumores, Parkinson) <input type="checkbox"/> [06] Reprodutor ( Leptospirose Bovina, Rinotraqueíte Infeciosa Bovina, Diarréia bovina a vírus ) <input type="checkbox"/> [07] Oncológico <input type="checkbox"/> [08] Endócrino (Diabetes, dislipidemias, obesidade, deficiência da Vitamina D, Hipo ou Hipertireoidismo) <input type="checkbox"/> [09] Psiquiátrico (Depressão, ansiedade) <input type="checkbox"/> [10] Osteoarticular ( artrite, artrose, degeneração, osteoporose) <input type="checkbox"/> [11] Não sabe/não respondeu/não lembra <input type="checkbox"/> [12] Outro, qual/quais?	
3.2 Faz uso de bebida alcoólica?	3.2.1 Se sim, com que frequência?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não <input type="checkbox"/> [03] Ex-etilista	<input type="checkbox"/> [01] Diariamente <input type="checkbox"/> [02] Final de semana <input type="checkbox"/> [03] 1 a 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> [04] 2 a 4 vezes no mês <input type="checkbox"/> [05] 1 vez no mês



	( ) [06] Outro, qual?
3.3 Tabagista: ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	3.3.1 Qual a frequência de fumo que utiliza? _____
3.4 Possui alguma deficiência? ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	3.4.1 Se sim, qual? ( ) [01] Auditiva ( ) [02] Visual ( ) [03] Intelectual/Cognitiva ( ) [04] Física ( ) [05] Outro, qual/quais?
3.4.2 Uso de correções? ( ) [01] Óculos ( ) [02] Aparelho auditivo ( ) [03] Dispositivo de marcha (muletas, andador, bengala) ( ) [04] Prótese ( ) [05] Outro, qual/quais?	
3.5 Realiza alguma atividade física? ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	3.5.1 Se sim, com que frequência? ( ) [01] Diariamente ( ) [02] Final de semana ( ) [03] 1 a 3 vezes na semana ( ) [04] 5 vezes semana ( ) [05] Outro, qual?
3.6 Sabe o motivo do internamento? ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	3.6.1 Se sim, qual motivo? _____ _____
3.6.2 Motivo da internação (detalhar do prontuário):	
3.6.3 Tempo de internação (dados do prontuário – dias):	
3.7 Caso sua alta fosse hoje, como você se sentiria em realizar o autocuidado em domicílio? ( ) [01] Seguro ( ) [02] Inseguro ( ) [03] Não sabe/ não respondeu	3.7.1 No que você sente inseguro? _____ _____ _____
3.8 Faz uso de algum medicamento no domicílio? ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	3.8.1 Qual a quantidade de medicamento que faz uso no domicílio? ( ) [01] 1 a 2 ( ) [02] 3 a 5 ( ) [03] Não sabe/ não respondeu/ não lembra
3.8.2 Qual(s) medicamento(s) você faz uso rotineiramente no domicílio? (Medicamento /dose/forma de uso)	
3.9 Com que frequência busca o serviço de saúde? ( ) [01] 1 vez no ano ( ) [02] A cada semestre ( ) [03] Nos casos de emergência/urgência ( ) [04] Não sabe/não respondeu/não lembra ( ) [05] No último ano ( ) [06] Outro,	
3.10 Tem história de quedas no último ano?	3.10.1 Quantas quedas sofreu no último ano? ( ) [01] 1 a 2

<input type="checkbox"/> [01] Sim	<input type="checkbox"/> [02] 3 a 5
<input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [03] Mais de 5
	<input type="checkbox"/> [04] Não sabe/não respondeu/não lembra
	<input type="checkbox"/> [05] Outro
<b>4. LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS</b>	
4.1 Necessidades afetadas:	
<input type="checkbox"/> [01] Nutrição	<input type="checkbox"/> [09] Cuidado corporal
<input type="checkbox"/> [02] Eliminação	<input type="checkbox"/> [10] Segurança
<input type="checkbox"/> [03] Hidratação	<input type="checkbox"/> [11] Orientação
<input type="checkbox"/> [04] Gregária	<input type="checkbox"/> [12] Auto-estima
<input type="checkbox"/> [05] Comunicação	<input type="checkbox"/> [13] Oxigenação
<input type="checkbox"/> [06] Sono e repouso	<input type="checkbox"/> [14] Religiosa
<input type="checkbox"/> [07] Mobilidade	<input type="checkbox"/> [15] Integridade da pele
<input type="checkbox"/> [08] Locomoção	
Caso outro comente aqui:	
4.2 Dispositivo (s) em uso na internação:	
<input type="checkbox"/> [01] Sonda vesical de demora	<input type="checkbox"/> [07] Gastrostomia
<input type="checkbox"/> [02] Dreno	<input type="checkbox"/> [08] Cistostomia
<input type="checkbox"/> [03] Sonda Nasoenteral	<input type="checkbox"/> [09] AVP
<input type="checkbox"/> [04] Sonda Nasogátrica	<input type="checkbox"/> [10] CVC
<input type="checkbox"/> [05] Colostomia/ileostomia	<input type="checkbox"/> [11] DVE
<input type="checkbox"/> [06] Traqueostomia	<input type="checkbox"/> [12] Curativo a vácuo
Caso outro comente aqui:	
Evolução do Paciente (Descrever como o paciente está no dia da coleta):	
_____	

### ANEXO III - Instrumento de coleta de dados do familiar/cuidador responsável

#### INSTRUMENTO DO CUIDADOR

##### 1. IDENTIFICAÇÃO NO ESTUDO

Nome do participante (Adulto ou idoso):

Nome do cuidador:

Inicial do entrevistador:

Data da entrevista: / /

##### 2. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

2.1 Sexo:

[01] Mulher

[02] Homem

2.2 Nacionalidade:

[01] Brasileiro

[02] Estrangeiro

2.3 Naturalidade:

[01] Salvador

[02] Região Metropolitana de Salvador

[03] Interior

[04] Outro Estado

Caso outro, comente aqui:

2.4 Procedência:

[01] Urbana

[02] Rural

2.5 Data de nascimento e idade: / /

2.6 Endereço e Complemento:	
2.6.1 Bairro e CEP:	2.6.2 Telefone: ( ) _____
2.7 Raça/Etnia: ( ) [01] Branco ( ) [02] Preto ( ) [03] Pardo ( ) [04] Amarelo ( ) [05] Indígena	2.8 Estado civil: ( ) [01] Solteiro ( ) [02] Casado ( ) [03] Divorciado ou separado ( ) [04] Viúvo ( ) [05] União Estável ( ) [06] Mora junto ( ) [07] Outro, qual?
2.9 Religião: ( ) [01] Católico ( ) [02] Protestante ( ) [03] Espírita ( ) [04] Matriz africana ( ) [05] Não possui ( ) [06] Outra religião, qual? _____	
2.10 Escolaridade: ( ) [01] Analfabeto ( ) [02] Ensino fundamental completo ( ) [03] Ensino fundamental incompleto ( ) [04] Ensino médio completo ( ) [05] Ensino médio incompleto ( ) [06] Ensino superior completo ( ) [07] Ensino superior incompleto	
2.11 Profissão: _____	
2.12 Renda familiar mensal: ( ) [01] 0-1SM ( ) [02] < 1,5 a > 2 SM ( ) [03] < ou = 3 SM ( ) [04] Benefício social (Auxílio Brasil) ( ) [05] Outro, qual?	
2.13 Filhos: ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	2.13.1 Quantidade: ( ) [01] 0 ( ) [02] 1 a 3 ( ) [03] 4 a 6 ( ) [04] > 6
2.13.2 Faixa etária: ( ) [01] 0 a 12 anos ( ) [02] 13 a 17 anos ( ) [03] 18 a 59 anos ( ) [04] 60 anos ou mais	2.14 Número de pessoas residentes no domicílio: ( ) [01] 1 a 3 ( ) [02] 4 a 6 ( ) [03] > 6
2.14.1 Número de pessoas residentes no domicílio com vínculo empregatício: ( ) [01] 0 ( ) [02] 1 a 3 ( ) [03] 4 a 6 ( ) [04] > 6	2.14.2 Número de pessoas residentes no domicílio que participam do sustento familiar: ( ) [01] 0 ( ) [02] 1 a 3 ( ) [03] 4 a 6 ( ) [04] > 6
2.15. Mora com a pessoa idosa hospitalizada: ( ) [01] Sim ( ) [02] Não	
2.15.1 Em caso de negativa, como será a prestação do cuidado?	

<b>3. DADOS DE SAÚDE DO FAMILIAR/CUIDADOR SOBRE O CUIDADO</b>	
3.1 Possui alguma morbidade/comorbidades?	
<input type="checkbox"/> [01] Cardiovascular <input type="checkbox"/> [02] Respiratório <input type="checkbox"/> [03] Digestivo <input type="checkbox"/> [04] Renal <input type="checkbox"/> [05] Neurológico <input type="checkbox"/> [06] Reprodutor <input type="checkbox"/> [07] Oncológico <input type="checkbox"/> [08] Endócrino <input type="checkbox"/> [09] Psiquiátrico <input type="checkbox"/> [10] Osteoarticular <input type="checkbox"/> [11] Não sabe/não respondeu/não lembra <input type="checkbox"/> [12] Outro, qual/quais?	
3.2 Faz uso de bebida alcoólica?	3.2.1 Se sim, com que frequência?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não <input type="checkbox"/> [03] Ex-etilista	<input type="checkbox"/> [01] Diariamente <input type="checkbox"/> [02] Final de semana <input type="checkbox"/> [03] 1 a 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> [04] 2 a 4 vezes no mês <input type="checkbox"/> [05] 1 vez no mês <input type="checkbox"/> [06] Outro, qual?
3.3 Tabagista:	3.3.1 Qual a frequência de fumo que utiliza?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	_____
3.4 Possui alguma deficiência?	3.4.1 Se sim, qual?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] Auditiva <input type="checkbox"/> [02] Visual <input type="checkbox"/> [03] Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> [04] Física <input type="checkbox"/> [05] Outro, qual/quais?
3.4.2 Uso de correções?	
<input type="checkbox"/> [01] Óculos <input type="checkbox"/> [02] Aparelho auditivo <input type="checkbox"/> [03] Dispositivo de marcha (muletas, andador, bengala) <input type="checkbox"/> [04] Prótese <input type="checkbox"/> [05] Outro, qual/quais?	
3.5 Realiza algum exercício físico?	3.5.1 Se sim, com que frequência?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] Diariamente <input type="checkbox"/> [02] Final de semana <input type="checkbox"/> [03] 1 a 3 vezes na semana <input type="checkbox"/> [05] 5 vezes semana
3.5.2 Se não, porque deixou de realizar exercício físico?	
3.6 Realiza alguma atividade de lazer/recreação?	
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	
3.6.1 Se sim, Qual/quais?	
3.6.2 Se não, porque deixou de realizar atividade lazer/recreação?	
3.7 Faz uso de algum medicamento?	3.7.1 O medicamento foi prescrito pelo médico?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não

3.7.2 Qual a quantidade de medicamento que você faz uso rotineiramente?	
<input type="checkbox"/> [01] 1 a 2 <input type="checkbox"/> [02] 3 a 5 <input type="checkbox"/> [03] Mais de 5 <input type="checkbox"/> [04] Não sabe/não respondeu/não lembra <input type="checkbox"/> [05] Outro, qual/quais?	
3.8 Com que frequência busca o serviço de saúde?	
<input type="checkbox"/> [01] 1 vez no ano <input type="checkbox"/> [02] A cada semestre <input type="checkbox"/> [03] Nos casos de emergência/urgência <input type="checkbox"/> [04] Não sabe/não respondeu/não lembra <input type="checkbox"/> [05] No último ano <input type="checkbox"/> [06] Outro, qual/quais?	
3.9 Notou alguma mudança na sua saúde após tornar-se cuidador:	3.9.1 Se sim, classifique:
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] Melhor <input type="checkbox"/> [02] Igual <input type="checkbox"/> [03] Pior <input type="checkbox"/> [04] Não sabe <input type="checkbox"/> [05] Não respondeu
<b>4. DADOS SOBRE O CUIDADO</b>	
4.1 Há quanto tempo você é cuidador (em meses)?	4.2 Você conhece o problema de saúde do seu familiar?
<input type="checkbox"/> [01] Menos de 6 Meses <input type="checkbox"/> [02] Entre 6 Meses a 12 meses <input type="checkbox"/> [03] 12 meses <input type="checkbox"/> [04] Mais de 12 meses	<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não
4.2.1 Caso conheça, o que você sabe sobre isso?	
4.3 Qual o seu vínculo com a pessoa idosa cuidada?	
<input type="checkbox"/> [01] Mãe/Pai <input type="checkbox"/> [02] Nora/Genro <input type="checkbox"/> [03] Filhos <input type="checkbox"/> [04] Tias/Tios	<input type="checkbox"/> [05] Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> [06] Neto <input type="checkbox"/> [07] Outro
Caso outro, comente aqui:	
4.4 Você é o cuidador exclusivo?	4.4.1 Você identifica outra(s) pessoa(s) que possam lhe ajudar no cuidado?
<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não	<input type="checkbox"/> [01] Sim <input type="checkbox"/> [02] Não
4.4.2 Quem seria essa(s) pessoa(s)?	
<input type="checkbox"/> [01] Mãe/Pai <input type="checkbox"/> [02] Nora/Genro <input type="checkbox"/> [03] Filhos <input type="checkbox"/> [04] Tias/Tios	<input type="checkbox"/> [05] Amigos/Vizinhos <input type="checkbox"/> [06] Cuidador formal <input type="checkbox"/> [07] Neto <input type="checkbox"/> [08] Outro
Caso outro, comente aqui:	
4.4.3 Você recebe algum apoio social?	
<input type="checkbox"/> [01] Amigos/vizinhos <input type="checkbox"/> [02] Cuidador formal <input type="checkbox"/> [03] Serviço de atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> [04] Outro	
Caso outro, comente aqui:	
Fale um pouco sobre sua rede de apoio:	
4.5 Caso a alta fosse hoje, como você se sentiria em realizar os cuidados em domicílio?	
<input type="checkbox"/> [01] Seguro	

<input type="checkbox"/> [02] Inseguro
<input type="checkbox"/> [03] Não sabe/ não respondeu
4.5.1 No que você se sente inseguro?

#### ANEXOS IV -Instrumento para coleta de dados do ambiente domiciliar

<b>AVALIAÇÃO AMBIENTAL</b>		
Data: / /	Paciente/cuidador:	
<b>Áreas de locomoção:</b>	Sim	Não
Áreas de Locomoção desimpedidas		
Barras de apoio		
Pisos uniformes		
Tapetes fixos ou antiderrapantes		
Ausência de desníveis		
Rampa		
<b>Iluminação:</b>		
Iluminação suficiente para clarear todo interior de cada cômodo, incluindo degraus		
Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos		
Interruptor próximos a cabeceira da cama		
<b>Ventilação:</b>		
Presença de Janelas		
<b>Banheiro:</b>		
Tapetes antiderrapantes dentro e fora do local do chuveiro		
Box com abertura fácil ou presença cortina bem firme		
Barras de apoio		
<b>Cozinha e quarto:</b>		
Armários baixos sem necessidade do uso de escada ou cadeira		
<b>Escada:</b>		
Sinalização visual e Piso antiderrapante		
Corrimão firme dos dois lados		

## ANEXO V - Instrumento para monitoramento remoto pós alta

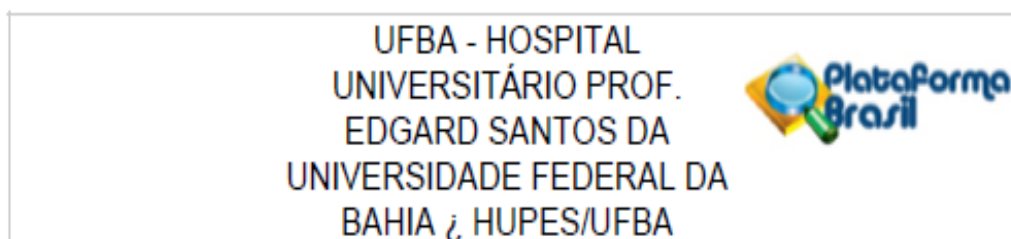
<b>INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA HOSPITALAR</b>			
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA E CONDIÇÕES DE ALTA</b>			
<b>Nome:</b>			
Data da alta hospitalar:			
<b>Condição geral da alta:</b>			
1-Consciência			
2 -Mobilidade			
3 -Autonomia/independência			
4 -Uso de dispositivos			
5 -Lesões de pele			
6 -Outros			
<b>Preparo do cuidador para alta (informar treinamentos, informações etc passadas durante a hospitalização)</b>			
<b>Data da primeira ligação:</b>			DAT  __ __
<b>2. ACOMPANHAMENTO POS ALTA- LIGAÇÕES TELEFÔNICAS</b>			
<b>2.1 1ª LIGAÇÃO: ATÉ 07 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR</b>			
2.1.1	Data:	Quem ligou?	DAT  __ __
	Quem atendeu?		
2.1.2			NOM  __ __   
	Estado de saúde referido, tendo como referência o dia da alta hospitalar		
2.1.3			EST  __
	Piorou ( 01 ) Sem alterações ( 02 ) Melhorou ( 03 ) Detalhar a situação (colocar as dúvidas e o que foi orientado)		
2.1.4	Utilizou alguma rede de apoio?	Sim Não (02) (01)	RA:  __
2.1.4.1	Se sim, qual?		
2.1.5	Há dúvidas sobre o cuidado em domicílio? Sim (01) Não (02)		DUV __
2.1.5.1	Problemas identificados Dúvidas esclarecidas/informações fornecidas		
2.1.6	Necessitou reinternação?	Sim (01) Não (02)	REINT:  __
2.1.6.1	Se sim, qual motivo?		
<b>2.2 2ª LIGAÇÃO: 14 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR</b>			
2.2.1	Data:	Quem ligou?	DAT  __ __
	Quem atendeu?		
2.2.2			NOM  __ __   

	Estado de saúde referido	
2.2.3	tendo como referência o dia da alta hospitalar	EST  __
	Piorou ( 01 ) Sem alterações ( 02 ) Melhorou ( 03 ) Detalhar a situação	
2.2.4	Utilizou alguma rede de apoio? Sim (01) Não (02)	RA:  __
2.2.4.1	Se sim, qual rede de apoio foi utilizada?	
2.2.5	Há dúvidas sobre o cuidado em domicílio? Sim (01) Não (02)	DUV __ __
2.2.5.1	Problemas identificados Dúvidas esclarecidas/informações fornecidas	
2.2.6	Necessitou reinternação? Sim (01) Não (02)	REINT:  __
2.2.6.1	Se sim, qual motivo?	
2.3	<b>3ª LIGAÇÃO: 21 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR</b>	
2.3.1	Data Quem ligou?	DAT  __ __
	Quem atendeu?	
2.3.2		NOM  __ __  
	Estado de saúde referido pelo paciente e/ou acompanhante	
2.3.3	responsável, tendo como referência o dia da alta hospitalar	EST  __
	Piorou ( 01 ) Sem alterações ( 02 ) Melhorou ( 03 )	
2.3.4	Utilizou alguma rede de apoio? Sim (01) Não (02)	RA:  __
2.3.4.1	Se sim, qual rede de apoio foi utilizada?	
2.3.5	Há dúvidas sobre o cuidado em domicílio? Sim (01) Não (02)	DUV __ __
2.3.5.1	Problemas identificados Dúvidas esclarecidas/informações fornecidas	
2.3.6	Necessitou reinternação? Sim (01) Não (02)	REINT:  __
2.3.6.1	Se sim, qual motivo?	
2.4	<b>4ª LIGAÇÃO: 28 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR</b>	
2.4.1	Data Quem ligou?	DAT  __ __
	Quem atendeu?	
2.4.2		NOM  __ __  
	Estado de saúde referido pelo paciente e/ou acompanhante	
2.4.3	responsável, tendo como referência o dia da alta hospitalar	EST  __





2.6.4.1	Se sim, qual rede de apoio foi utilizada?	
2.6.5	Há dúvidas sobre o cuidado em domicílio? Sim (01) Não (02)	DUV _ _ _
2.6.5.1	Problemas identificados Dúvidas esclarecidas/informações fornecidas	
2.6.6	Necessitou reinternação? Sim (01) Não (02)	REINT:  _ _
2.6.6.1	Se sim, qual motivo?	
2.7	<b>7ª LIGAÇÃO: 90 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR</b>	
2.7.1	Data Quem ligou?	DAT  _ _ _ _
2.7.2	Quem atendeu?	NOM  _ _ _    
2.7.3	Estado de saúde referido pelo paciente e/ou acompanhanteresponsável, tendo como referência o dia da alta hospitalar  Piorou ( 01 ) Sem alterações ( 02 ) Melhorou ( 03 )	EST  _ _
2.7.4	Utilizou alguma rede de apoio? Sim (01) Não (02)	RA:  _ _
2.7.4.1	Se sim, qual rede de apoio foi utilizada?	
2.7.5	Há dúvidas sobre o cuidado em domicílio? Sim (01) Não (02)	DUV _ _ _
2.7.5.1	Problemas identificados Dúvidas esclarecidas/informações fornecidas	
2.7.6	Necessitou reinternação? Sim (01) Não (02)	REINT:  _ _
2.7.6.1	Se sim, qual motivo?	

**ANEXO VI - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- HUPES)****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:** 1

**CAAE:** 55433121.7.0000.0049

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.224.928

**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. 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. O

**ANEXO VIII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS HOSPITALIZADAS, FAMILIARES/CIUDADORES**

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

Pesquisador Responsável: LARISSA CHAVES PEDREIRA

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 sociodemográficos, 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](mailto: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](mailto:cep.hupes@ebserh.gov.br) .

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

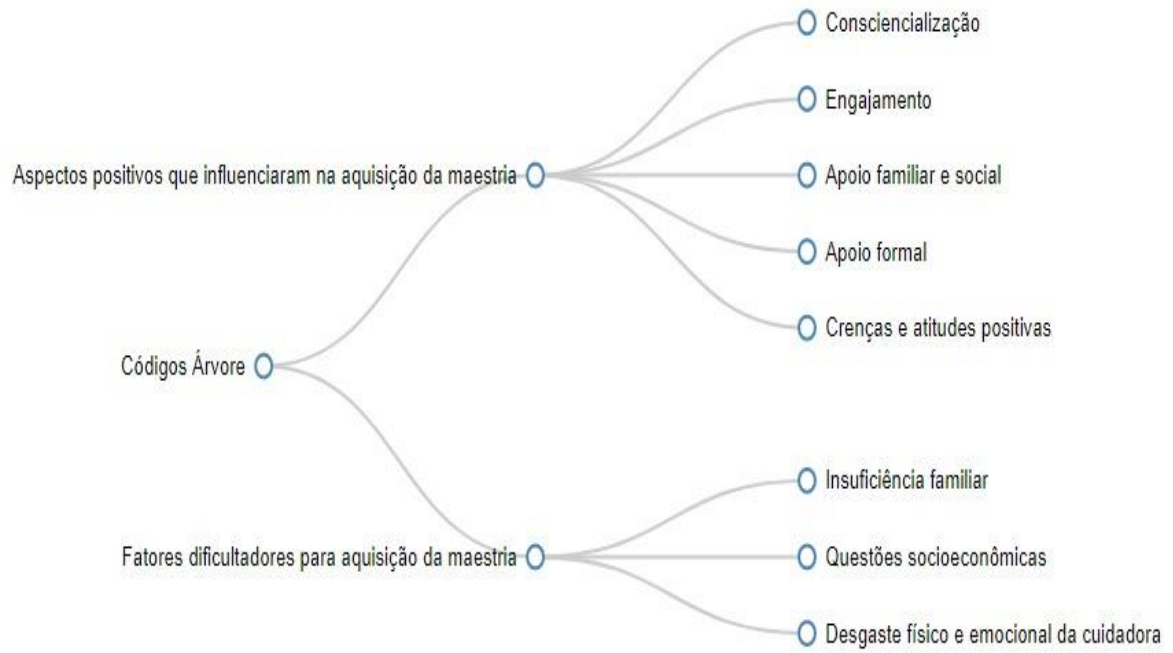
### Declaração de Consentimento

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

<p>Nome do participante ou responsável</p> <p style="text-align: center;">Impressão dactiloscópica</p> <p>Assinatura do participante ou responsável</p>	<p style="text-align: center;">Data:</p>
---	--

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

<p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo do investigador</p>	<p style="text-align: center;">Data:</p>
--	--

**ANEXO IX - Código em Árvore gerado pelo Software Webqda**

**ANEXOS X** - Fragmentos das falas das entrevistas das participantes, unidades de registro do software WebQDA.

- **Consciencialização**

*[...]Eu não eu já tenho uma noção de cuidar, por isso é sempre minha sobrinha e eu [...]*C12

*[...]Em relação doença eu já sei como resolver, durante esses 9 meses hoje já me sinto segura em relação as coisas dele [...]*C01

*[...]Hoje eu me sinto um pouco mais seguro. É assim, é muito trabalhoso. Trabalho a mais. Mas eu não me sinto tão insegura assim[...] É que não sabe de tudo, né? A gente vai aprender com o tempo, vai aparecendo coisas novas e vai fazendo. A gente vai aprendendo um pouco de tudo [...]*C08

*[...]Mas agora eu já me acostumei, tenho o manual pra saber como é para ser colocado o líquido (manuseio de gastrostomia) [...] agora quando ele não quer mais beber a gente vai lá e coloca um pouco na sonda para não entupir [...]*C07

- **Engajamento**

*[...]Eu faço tudo como a nutricionista, mandou. Eu tenho lá todos os papéis, fica tudo assim para o pessoal está vendo o horário direitinho da alimentação, tudo o que vai dar, porque eu já compro, já deixo tudo lá diferenciado [...]*C09

*[...]Eu aprendi muito aí o período que eu fiquei no hospital com ele. Eu aprendi muitas coisas com meninas, vinham as enfermeiras, outras meninas também. Projeto vinha conversar com a gente e aí ensinou bastante coisa [...]*C08

*[...]A gastro dele tava bem apertadinho aquele tubinho da gastro, ficou afastado da barriga dele assim do couro e ficou meio assim eu tirei a foto e mandei para (Projeto matriz CT) e aí agora ele me explicou tudo, assim foi dos remédios que ele ligou e me falou[...]. mandou eu fazer um vídeo eu fiz e mandei para ele e tudo e ele explicou tudo, aí a gente já entendeu como é porque tudo no início a gente fica com aquele medo tudo é coisa de medo [...].* C07

- **Apoio familiar e social**

*[...]Tem eu e a filha dela. Antes de ir para o trabalho minha sobrinha medicava ela, durante a tarde eu sempre ia dar o banho dela e medicar direitinho [...]*C12

*[...]Eu tenho uma moça que fica no meu lugar que eu já deixo, que já ensinei e orientei ela a minha ausência. Mas é muito difícil [...]*C09

*[...]Aí a gente vai dando o suporte, né! Eu estou lá todo dia, meu irmão dorme lá e aí para Ela não ficar só [...]*C10



[...]Meu filho dar banho nele todo dia antes de ir trabalhar. O que ele pode fazer ele faz todos os dias...Desde quando ele estava no hospital a gente se organizou para ficar no hospital com ele [...]C06

[...]Os filhos dele do primeiro casamento acompanhou ele todos os dias no hospital e mim acompanhou nas consultas [...]acompanha também para poder subir com ele, descer e colocar na cadeira de roda [...]C07

[...] Quem fica lá é todo mundo(familiares), um saindo outro entrando para cuidar dele [...]C13.

- **Apoio formal**

[...]As meninas (Projeto Matriz) ensinaram a gente como pegar ela para colocar na cadeira para levar ao banheiro [...]C12

[...]Se tivesse alguma dúvida ou necessidade, eu poderia usar o zap. Só uma vez que eu passei uma foto da cirurgia pra ele que achei um lado muito escuro, mas ele disse que era normal [...]C12

[...]Dúvida, alguma coisa eu sempre peço a vocês ajuda. Quando a gente tem um profissional nos orientando né, perguntando como é que a pessoa está em casa é um diferencial [...]C01

[...]Sendo monitorada pelo projeto, que ficava ligando pra mim dando orientação [...]. No hospital eu já era orientada das coisas que eles faziam. Fui orientada pela fisioterapeuta, ela foi me dando as instruções. Ela ligava, me orientava como fazer o movimento, me ajudou em termos de conseguir conversar com os médicos [...] C05

[...]Ligava por chamada de vídeo, me ensinava como eu tinha que fazer perguntava se eu estava conseguindo vaga para fazer a fisioterapia aqui na minha cidade, me ligava até mesmo nos momentos que não era obrigação dela [...] C05

[...]A gente recebeu orientação sobre a gastrotomia [...]. Ela sempre fala, tem que ser devagar, não pode ser muito rápido. Orientaram, eu estou fazendo [...] C14

[...]Quando a gente precisava a gente entrava em contato e ele orientava (Projeto matriz CT) [...] C03.

[...] Quem orientou como usar a “gastrotomia” foi o pessoal (Projeto matriz CT). Eu tive 2 aulas [...] C09

[...]Eu nunca vi um hospital manter um acompanhamento com paciente tanto tempo depois que o paciente saiu lá da dependência do hospital. E como vocês têm mantido, porque era acompanhamento com fono, acompanhamento com fisioterapeuta, as meninas ligavam direto. Mandava para mim alguns PDF(cartilhas) para me dar uma estudada [...]C08

*[...]A gente se sentiu até um pouco amparada, de saber que tinha uma preocupação em relação a ela que está ligando para saber se estava tudo bem [...]* C10

*[...]O Projeto Matriz nos orientou como deveria ser feito pequenas atividades em casa mesmo, por que a localização da casa da minha mãe é complicada para fisioterapia, então com essa orientação foi possível ele fazer pequenas atividades em casa mesmo [...]* C06

*[...]O Projeto Matriz sempre estava ligando, para saber se ele tinha apresentado alguma escara, ferimento, para saber como estava a pele, a gente já tinha esse cuidado [...]* C06.

*[...]Mas graças a Deus qualquer dúvida eu perguntava a (Projeto matriz CT) Tá tudo tranquilo graças a Deus, porque as coisas que eu tinha pendente de tirar dúvida eu tirei dúvida e explicou tudo [...]* C13

*[...]Uma cuidadora fica porque até meio-dia. E até agora, eu continuo no mesmo quando que ela me indicou de papel do médico [...]* C02

*[...]A enfermeira do posto tá vindo aqui toda semana, estou sempre conversando com a agente de saúde, que marca as coisas para mim, nutricionista, médico, nutricionista e às vezes o fisioterapeuta [...]*C01

*[...]Ele teve acompanhamento com Home Care, tem as cuidadoras e eu que fico vigiando. Eu faço toda orientação e supervisão, [...] quem faz o manuseio (gastrotomia) são as cuidadoras, uma foi treinada por ele sempre se colocou à disposição. (Projeto matriz CT) [...]* C03

*[...]Ele tem a fisioterapeuta que veio, eu consegui pelo o PSF, acompanhamento da fisioterapeuta, que vem toda segunda-feira [...]* C08

*[...]E nós temos a cuidadora que fica com ele. Aí ficou tomando conta de minha tia e minha mãe também [...]* C10

*[...]O médico (PSE) vem. Ele tem acompanhamento com a fisioterapeuta do município, a enfermeira quando precisa mesmo fazer alguma coisa. [...]* C07

- **Crenças e atitudes positivas**

*[...]Não me Arrependo não, porque Deus está me dando força e eu estou conseguindo superar[...]* C09

*[...]Palavra que nos define é amor, se não fosse o amor a gente não aguentaria muita coisa, não[...]* C08

*[...]Mesmo que não se sentisse seguro. É eu ia ter que procurar um jeito de cuidar porque é meu pai! tem que cuidar! não tinha outra pessoa que pudesse cuidar dele. Então eu tinha que dar um jeito. [...]* C08

*[...]Loucura, mas está fluindo, Eu digo que Deus dá a Cruz pra gente carregar, mas ele bota quatro rodinhas assim pra dar uma deslizada' [...] C10*

*[...]Mas é meter esse cara mesmo em fazer se não tem outra pessoa [...] C04*

- **Aspectos dificultadores para aquisição da maestria**

- **Insuficiência familiar**

*[...] Não, é só eu, faço tudo [...] C11*

*[...] Eu faço tudo aqui. cuido dele, da casa, resolvo as coisas dele, corro atrás de médico. Painho é acamado, então tem que resolver tudo sozinha [...] C01.*

*[...] Prque o meu irmão nem fala comigo, só pra não me ajudar. Eu tenho Dois irmãos com a mesma doença [...] na hora que eu mais estou precisando de ajuda ninguém quer participar [...] C09*

*[...] Não querem. Já disseram que não vão ajudar, não querem participar, então eu tenho que respeitar, né? Acho que cada um sabe de ser [...] C09*

*[...]Só quem tem cuidado dele só sou eu e minhas 2 filhas pequenas [...] C08*

*[...] Eu tenho 3 irmãos, mas ele não dá suporte nenhum, não. Ele só vem aqui visitar e vai embora. [...] C08*

- **Questões socioeconômicas**

*[...]O leite que ele tomava no hospital das clínicas e caríssimo, falei com ela que era impossível comprar, a gente tá dando nutrem, eu conheço o caso do meu pai eu sei que alimentação dele é empobrecida. Não é uma nutrição rica, mas ele tá nutrido, pelas poucas condições que a gente tem, a gente tá tentando fazer o melhor [...] C01*

*[...]A parte financeira, entende? é o que tem pesado mais né, o leite dele é caro, fralda, as coisas dele, e quando acaba a gente tem que dar um jeito de comprar...o BPC e só um salário, e não dar pra nada [...] C01*

*[...]Eu é que estou me virando porque minha mãe tem uma aposentadoria. 1300 reais. o meu irmão também com esse dinheiro que eu compro, as fraldas, que eu compro Sustagem, E você sabe que não é barato [...] C09*

*[...]Tenho que trabalhar também! Porque eu sou mãe solteira, eu tenho que trabalhar, correr atrás, porque só uma aposentadoria, que é o que ele recebe não dá! Até porque a aposentadoria se sabe como é, é pouco e para a pessoa que tem os cuidados que ele deve ter, não dá muito [...] C08*

*[...] Ficou eu mesma, que diminui o custo que a minha tia tá gastando muito, porque todo caro, que ela vai já é um gasto que a gente não tem condições de estar com o tempo todo e para mais ela tem que ir [...] C04*

---

- ***Desgaste físico e emocional da cuidadora***

*[...] Eu estou com problema de coluna [...] C02*

*[...] Estou fazendo acompanhamento com o psicólogo, converso, desabafo. Então para mim tá sendo uma benção, eu já estou mais aliviada, já controlando a minha ansiedade [...] C01*

*[...] Porque eu trabalho na escola de manhã até meio-dia, aí eu estava procurando justamente a pessoa para me auxiliar. Porque as minhas meninas são muito nova para estar cuidando deles, sabe? Elas me ajudam muito, mas são muito novas cuidando dele [...] C08*

*[...] Falar que eu estava me cuidando, estou me cuidando muito não porque o tempo é muito corrido, muito corrido! Eu não tiro muito tempo para me cuidar assim não [...] C08*

*[...] É só o cansaço físico mesmo que não tem jeito. Mas fora isto é mais administrar as coisas [...] C10*

*[...] Ficamos sobrecarregado porque tem as coisas resolver e ela não pode ficar sozinha! E eu que estou aqui, então a gente não pode sair. Sempre que sair uma tem que ficar outra, e só tem nós duas [...] C04*

*[...] Estava muito estressada [...] C06*

*[...] Quando eu pego peso, mas o peso que eu pego caminhar com ele pela casa, levar para cozinha para tomar café, almoçar, jantar. Vou levar para o banheiro, tomar banho e aí fica pegando peso a gente fica com ardor em cima das costas [...] C07*