



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RENATA FARIAS AMORIM

ESTUDOS DA FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS DURANTE A
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

SALVADOR
2024

RENATA FARIAS AMORIM

**ESTUDOS DA FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS DURANTE A
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

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

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

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Prata Martinez

SALVADOR

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistemas de Biblioteca da UFBA

**ESTUDOS DA FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS DURANTE A
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

A524 Amorim, Renata Farias

Estudos da funcionalidade de pessoas idosas durante a transição hospital-
domicílio/Renata Farias Amorim. – Salvador, 2024.

118 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Larissa Chaves Pedreira; Coorientador: Prof.
Dr. Bruno Prata Martinez.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de

RENATA FARIAS AMORIM

**ESTUDOS DA FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS DURANTE A
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 25 de março de 2024

BANCA EXAMINADORA

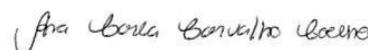
Dra. Larissa Chaves Pedreira (Orientadora e Presidente da Sessão)
Enfermeira e Professora da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia



Dr. Daniel Dominguez Ferraz (1ª Examinador)
Fisioterapeuta e Professor Adjunto do Departamento de
Fisioterapia do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde
da Universidade Federal da Bahia

Documento assinado digitalmente
gov.br DANIEL DOMINGUEZ FERRAZ
Data: 26/03/2024 17:36:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Ana Carla Carvalho Coelho (2ª Examinadora)
Enfermeira e Professora da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia



Dra. Nildete Pereira Gomes (Suplente)
Fisioterapeuta e Doutora pelo Programa de pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia



DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, aos meus pais, e a todos os colegas fisioterapeutas que atuam com pessoas idosas.

AGRADECIMENTOS

Á **Deus** por me permitir chegar até aqui, e ter feito de mim terreno fértil para desenvolver esta pesquisa.

Aos meus pais **Ricarda Amorim** e **Paulo Amorim** (in memoriam) por me incentivarem sempre a buscar o conhecimento, lutar e seguir em busca do meu crescimento pessoal e profissional e devolve-los à sociedade. Meu amor é eterno!

A minha filha **Isabela Borges**, pela compreensão dos momentos de estudos e abdicação da sua companhia por me fazer ser o seu maior exemplo de coragem, determinação e orgulho. Sua admiração e seu amor são combustíveis para a minha jornada!

Ao meu marido **George Rodrigues** pelo incentivo e apoio na minha evolução, e pela paciência, colo e encorajamento. Receber seu apoio e seu amor foi fundamental em toda caminhada do mestrado!

Aos meus **irmãos** por me incentivarem e acreditarem que eu daria conta da responsabilidade do mestrado e que a colheita dos esforços valeria a pena. Amo todos vocês!

Á **Escola de Enfermagem da UFBA**, em especial aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pelo meu ingresso no programa e por contribuírem com tanto conhecimento científico, além de permitirem a interdisciplinaridade de outras profissões (ampliando olhares), tornando o conhecimento mais abrangente.

A minha querida **Professora Dra. Larissa Chaves Pedreira**, por me mostrar e incentivar a entrar no mundo acadêmico, pela paciência em ensinar, orientar e conduzir no caminho de um novo conhecimento em “Transição do Cuidado Hospital-domicílio”. Seus ensinamentos práticos e teóricos foram muito importantes na compreensão desse tema tão urgente. Sua dedicação e amor a tudo que faz é uma inspiração para mim!

Ao meu **Co-orientador Professor Dr. Bruno Martinez**, obrigada por tantos ensinamentos, em especial na metodologia científica, auxiliando e orientando na construção deste produto final. Obrigada pelo profissional e professor que é no engrandecimento da nossa profissão.

Aos meus queridos **estudantes voluntários e bolsistas dos graduandos de fisioterapia** (Luan, Mariana, Tayla, Jéssica e em especial Anita) parceiros de coleta de pesquisa e produções acadêmicas, sem vocês eu não conseguiria fazer essa coleta de dados. Muito obrigada por partilhar conhecimento mútuo, minha gratidão por vocês é enorme!

Ao **Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI)**, obrigada por possibilitar tantas reflexões, ensinamentos e trocas de experiências em nossas tardes de sextas-feiras. Tudo isso contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por permitir fazer parte deste grupo!

À Fisioterapeuta, **Dra. Nildete Gomes**, por tanto apoio aconselhamento, ensinamento e colaboração em todas as etapas dessa caminhada. Sempre prestativa e incentivadora do meu crescimento e aprendizagem na escrita acadêmica. Todo meu carinho e gratidão a você!

A todos **os colegas do curso de mestrado, Rute Sampaio e Jheferson Moreira** por dividirem conhecimentos, vivências, angústias e nervosismo ao longo da jornada. Em especial a **Rute Sampaio**. Obrigada por não deixar ninguém soltar a mão um do outro. A sua união e amizade em tantos momentos difíceis foram fundamentais.

À **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)** e a toda comunidade do **Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES/UFBA)** por me permitirem o local da pesquisa, além de me proporcionarem a licença capacitação por 10 meses para fins do mestrado que foram fundamentais para a conclusão desta pesquisa.

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”.

“Tu, Senhor, guardarás em perfeita paz aquele cujo propósito está firme, porque em ti confia”.

(Isaías 26:3)

RESUMO

AMORIM, Renata Farias. **Estudos da funcionalidade de pessoas idosas durante a transição hospital-domicílio**. 118 f. 2024. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2024.

O estudo objetivou comparar a funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e dois meses após hospitalização. Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo coorte, vinculada a pesquisa matriz “Cuidado transicional Hospital–domicílio a pessoas adultas e idosas”. Foi realizada nas enfermarias de um Hospital Universitário e no domicílio das pessoas idosas que necessitavam do auxílio de cuidadores/ familiares, após a alta hospitalar. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024 em três etapas, sendo as duas primeiras durante a internação e a terceira no segundo mês após alta hospitalar. Foram avaliadas pessoas hospitalizadas quanto à funcionalidade considerando: mobilidade em quatro momentos (M0 a M3), independência funcional, atividade e participação social em dois momentos (M0 e M3): antes (M0), durante (M1 e M2) e dois meses após a alta (M3). A comparação entre os momentos da mobilidade utilizou o teste de *Fridman*. Para a independência funcional, atividade e participação social, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer nº 5.754.122 de 1/11/2022. Foram incluídas 61 pessoas idosas com idade média de 69,57 anos, 50,8 % do sexo feminino, admitidas por problemas cardiovasculares e neurológicos (64%). Concluíram o acompanhamento, dois meses após a alta, 23 participantes. Da casuística, 27,9% perderam a mobilidade entre M0 e M2 e 13 % entre M2 e M3 (P= 0,00), 26,1% perderam a independência funcional entre M0 e M3 (P= 0,60) e 35,1% perderam a atividade e participação social (P= 0,59) entre M0 e M3, foi considerado o intervalo de confiança de 95%. A hospitalização pode causar danos à funcionalidade de pessoas idosas no Brasil. O estado funcional deve ser monitorado durante a internação e após a alta. A pesquisa contribui para compreensão do declínio funcional nesta população, alertando profissionais de saúde, especialmente os fisioterapeutas para o desenvolvimento de ações de manutenção e recuperação da funcionalidade da pessoa idosa. Alertar ainda sobre a necessidade de fortalecer a rede de assistência a saúde no SUS com serviços de reabilitação, para melhorar o acesso tão escasso dessa população a terapias restaurativas após a hospitalização.

Palavras- chaves: Fisioterapia. Hospitalização. Estado funcional. Idoso.

ABSTRACT

AMORIM, Renata Farias. **Studies of the functionality of elderly people during the hospital-home transition.** 118 f. 2024. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2024.

The study aimed to compare the functionality of elderly people before, during and two months after hospitalization. This is an observational, cohort study, linked to the matrix research “Hospital–home transitional care for adults and elderly people”. It was carried out in the wards of a University Hospital and in the homes of elderly people who needed the help of caregivers/family members, after hospital discharge. Data collection took place between February 2023 and January 2024 in three stages, the first two during hospitalization and the third in the second month after hospital discharge. Hospitalized people were evaluated regarding functionality considering: mobility at four moments (M0 to M3), functional independence, activity and social participation at two moments (M0 and M3): before (M0), during (M1 and M2) and two months after the high (M3). The comparison between moments of mobility used the Fridman test. For functional independence, activity and social participation, the Wilcoxon test was used. The project was approved by the Ethics and Research Committee under opinion no. 5,754,122 of 11/1/2022. 61 elderly people were included, with an average age of 69.57 years, 50.8% female, 64% admitted due to cardiovascular and neurological problems. Twenty-three participants completed follow-up two months after discharge. From the sample, 27.9% lost mobility between M0 and M2 and 13% between M2 and M3 (95% CI, P= 0.00), 26.1% lost functional independence between M0 and M3 (95% CI, P= 0.60) and 35.1% lost activity and social participation (95% CI, P= 0.59) between M0 and M3. Hospitalization can cause damage to the functionality of elderly people in Brazil. Functional status should be monitored during hospitalization and after discharge. The research contributes to the understanding of functional decline in this population, alerting health professionals, especially physiotherapists, to develop actions to maintain and recover functionality in elderly people. Also warn about the need to strengthen the health care network in the SUS with rehabilitation services, to improve this population's limited access to restorative therapies after hospitalization.

Key-words: Physical Therapy Modalities. Hospitalization. Functional Status. Aged.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Interações entre os componentes da CIF.....	21
Figura 2	Linha do tempo da aplicação dos instrumentos para coleta de dados.....	31
MANUSCRITO 1		
Figura 1	Fluxograma dos cruzamentos e resultados das buscas, com base no PRISMA. Salvador, BA, 2023.....	39
MANUSCRITO 2		
Figura 1	Linha do tempo da aplicação dos instrumentos para coleta de dados.....	60
Figura 2	Diagrama de fluxo dos pacientes do estudo.....	63
Figura 3	Variação do escore de mobilidade da amostra durante o acompanhamento. Salvador, 2024.....	65

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 2

Tabela 1	Características sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas hospitalizadas participantes. Salvador, 2024.....	64
Tabela 2	Variação dos escores de mobilidade, independência funcional e atividade e participação social da amostra durante acompanhamento. Salvador, 2024.....	65

LISTA DE QUADROS

MANUSCRITO 1

Quadro 1	Estratégias para busca nas bases de dados. Salvador, BA, 2023.....	38
Quadro 2	Características dos artigos incluídos na revisão quanto aos autores/ano, país, delimitação/nível de evidência/participantes, objetivo, intervenções e resultados principais relacionados à questão de investigação. Salvador, BA, 2023.....	41
Quadro 3	Características dos artigos incluídos na revisão quanto às categorias temáticas: Educação em saúde, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares, atuação de equipe multidisciplinar e acompanhamento após alta hospitalar. Salvador, BA, 2023.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABVD'S	Atividade Básica De Vida Diária
BOMFAQ	<i>Brazilian Mul-tidimensional Functional Assessment Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
COFITTO	Conselho Federal de Fisioterapia
FSS	<i>Functional Status Score for the Intensive Care Unit</i>
IAH	Incapacidade Associada a Hospitalização
M0	Momento zero
M1	Momento um
M2	Momento dois
M3	Momento três
M4	Momento quatro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Temo de Conhecimento Livre e Esclarecido
WHODAS 2.0	<i>World Health Disability Assessment Schedule</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo geral	19
1.1.2	Objetivos específicos	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE DE PESSOAS IDOSAS	20
2.2	DECLÍNIO FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA.....	24
2.2.1	Declínio funcional durante a hospitalização da pessoa idosa.....	24
2.2.2	Cuidados de transição hospital-domicílio	27
2.2.3	Fisioterapia na transição hospital domicílio.....	28
3	METODOLOGIA.....	30
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	30
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	30
3.3	PARTICIPANTES.....	30
3.4	COLETA DE DADOS.....	31
3.5	ANALISE DE DADOS.....	33
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4.	RESULTADOS.....	35
4.1	MANUSCRITO1.....	35
4.2	MANUSCRITO2.....	55
5	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e clínico.....	82
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	83
	APÊNDICE C – Cartilha com orientações e exercícios para melhorar o equilíbrio.	86
	APÊNDICE D – Cartilha com orientações e exercícios para pessoas acamadas.....	90
	APÊNDICE E – Cartilha com orientações e exercícios para de para pessoas com alguma mobilidade no leito.....	96
	APÊNDICE F – Cartilha com orientações e exercícios para de para pessoas com alguma mobilidade no leito.....	101
	ANEXO A - <i>Functional Status Score for the Intensive Care UNIT (FSS-ICU)</i>	105
	ANEXO B – <i>World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)</i>	106

ANEXO C – Índice de Barthel Modificado.....	112
ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	115

1 INTRODUÇÃO

A pessoa idosa uma vez internada e sob nova condição de saúde, gerada por diversas doenças somadas ao contexto hospitalar, pode apresentar prejuízos na mobilidade, força muscular e alterações de equilíbrio, além de dificuldades para execução de Atividades Básicas de Vida diária (ABVD's) (Mendes *et al.*, 2023) e disfunções emocionais e acarretam perda da independência funcional (Gettel *et al.*, 2021), da autonomia e limitação de atividades e de participação social (Barbosa *et al.*, 2014; Wells *et al.*, 2021; Gettel *et al.*, 2021). Durante a hospitalização ocorre redução da mobilidade, cujas causas são multifatoriais, associadas, por exemplo, a cultura do repouso, pouco estímulo da equipe de saúde, falta de protocolos de mobilização e a própria estrutura arquitetônica hospitalar (Deer *et al.*, 2017).

O declínio funcional é caracterizado pela redução da função física no momento da alta em relação à admissão, ocasionando dependência nas ABVD's. A perda da independência para realização de ABVD's adquirida após um período de hospitalização é chamada Incapacidade Associada ao Hospital (IAH). Dentre os fatores de risco para este acometimento estão idade, função cognitiva, mobilidade, gravidade da doença, síndromes geriátricas, apoio social, desnutrição e polifarmácia (Loyd *et al.*, 2020). A IAH torna o prognóstico de recuperação funcional ruim, estando associada a re-internações (Falvey *et al.*, 2019; Shen *et al.*, 2022), sobrecarga dos cuidadores (Wells, *et al.*, 2020; Shen *et al.*, 2021) institucionalização em lares de idosos (Falvey *et al.*, 2019; Loyde *et al.*, 2020; Sáenz *et al.*, 2020; Wells *et al.*, 2020, Gettel *et al.*, 2021, Junek *et al.*, 2022) e aumento da mortalidade (Falvey *et al.*, 2019; Loyde *et al.*, 2020; Wells *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021; Junek *et al.*, 2022; Lee *et al.*, 2023).

Uma meta-análise apontou a taxa de prevalência global da IAH em pessoas idosas de 30% (Loyd, *et al.*, 2020). O elevado número das incapacidades torna-se preocupante frente ao envelhecimento populacional mundial, aumentando a necessidade de apoio e sobrecarga dos sistemas de saúde (Ankuda *et al.*, 2022; Lee *et al.*, 2023).

Na prática clínica, pacientes idosos, muitas vezes, recebem alta hospitalar sob nova condição de saúde e limitações físicas decorrentes do declínio funcional, que geralmente podem levar a necessidade de auxílio em suas atividades cotidianas. Diante disso, é fundamental identificar o comprometimento funcional e o nível de mobilidade para avaliar a necessidade da assistência e reabilitação durante todo internamento hospitalar (Ferrer *et al.*, 2019; Sant'a Helena; Silva; Gonçalves, 2020). Contudo após hospitalização é necessário continuar acompanhando a evolução física das pessoas idosas, com medidas e mensurarem a

funcionalidade durante a transição hospital domicílio, considerando seu retorno à comunidade e a vida social após alta com a melhor qualidade possível.

Ademais, torna-se urgente a conscientização de pacientes, familiares e cuidadores no engajamento durante a reabilitação, assim como para os profissionais e serviços de saúde, que necessitam realizar o monitoramento periódico do estado funcional, a fim de aumentar os esforços na prevenção e tratamento da IAH (Loyd *et al.*, 2020).

No Brasil, a hospitalização de pessoas idosas corresponde a cerca de um terço de todas as internações (Datusus, 2023) e este número se elevará, diante do envelhecimento populacional.

No cenário internacional diversos estudos com pessoas idosas durante a internação realizaram acompanhamento por períodos longos e demonstraram o impacto das hospitalizações nessa população (Dharmarajan *et al.*, 2020; Tavares *et al.*, 2021; Wells *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021). Esses países além de se debruçarem sobre essas repercussões possuem programas ou serviços de cuidados de transição bem mais delimitados, que motivam o interesse em conhecer a epidemiologia da AIH e seus impactos no contexto social e econômico e na experiência vividas por sua população (Dharmarajan *et al.*, 2020; Wells *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021). No Brasil, existe uma lacuna no que se refere aos conhecimentos e discussões sobre esse problema, ocorrendo ainda ausência de políticas e programas de transição hospital domicílio no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos nacionais sobre o tema (Siqueira *et al.*, 2004; Carvalho *et al.*, 2018; Menezes *et al.*, 2021), realizaram um tempo de acompanhamento mais focado até a alta, ou até 30 dias após hospitalização e não abordaram a avaliação da atividade e participação social.

É relevante realizar estudos dessa natureza com pessoas vinculadas ao SUS, pois a incapacidade funcional durante e que permanece após a hospitalização traz repercussões para pacientes e cuidadores/ familiares, aumentando a dependência funcional, necessidade de apoio de terceiros e de serviços de saúde e fragilidade da pessoa. Logo, esse estudo contribuirá no fomento de estratégias para profissionais de saúde, ordenadores de políticas de saúde e sistema financeiro de saúde para repensar intervenções eficazes para este problema.

Não se identificou estudo no qual se avalia especificidades da funcionalidade sobre o aspecto da mobilidade, independência funcional e atividade e participação social realizado em unidades de internação do SUS no nordeste brasileiro. Diante dessas considerações, questiona-se: Como se comporta a variação da funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e após dois meses de alta hospitalar?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Comparar a funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e após alta hospitalar.

1.1.2 Específicos

Identificar o perfil sóciodemográfico e de saúde de pessoas idosas admitidas nas enfermarias do hospital;

Identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio;

Avaliar a atividade e participação social de pessoas idosas antes, durante e após alta hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE DE PESSOAS IDOSAS

A capacidade de gerir a sua própria vida e de cuidar de si tem sido e uma temática frequente em estudos na da gerontologia e da geriatria. A manutenção da funcionalidade ao longo da vida do ser humano é importante e, no processo de envelhecimento, é um indicador de saúde estando análoga a associação de diversas funções como a capacidade física e cognitiva, que vão assegurar a execução de atividade diária e a participação social (Organização Mundial da Saúde, 2001; Perracine; Flo, 2009; Pinto *et al.*, 2016). São consideradas atividades as ações e os afazeres realizados por uma pessoa e, por participação, entende-se o desenvolvimento nas situações sociais cotidianas (Organização Mundial da Saúde, 2008; Ferrer *et al.*, 2019).

A incapacidade funcional e os demais prejuízos físicos, cognitivos e sensoriais são repercussões evitáveis e com o envelhecimento, à incapacidade tende a aumentar com a idade, entretanto, a idade por si, não pressupõe incapacidade (Brasil, 2006). O dano na capacidade funcional implica em prejuízos na vida da pessoa idosa e familiares, pois interfere no desempenho de atividades (Gettel *et al.*, 2021) e na função social, sendo necessário o apoio de cuidadores, levando a aumento de gastos para sistema de saúde (Barbosa *et al.*, 2014). Ademais gera maior suscetibilidade a doenças, risco de re-internações e maiores despesas financeiras (Ankuda *et al.*, 2022), impactando na qualidade de vida da pessoa acometida e familiares (Falvey *et al.*, 2019; Dharmarajan *et al.*, 2020; Barbosa *et al.*, 2014; Pedrosa; Ferreira; Baixinho, 2022).

Nesse contexto, diversos autores buscam conceituar a funcionalidade, que pode ser definida pela capacidade de cuidar de si mesmo, de forma independente e autônoma (Barbosa *et al.*, 2014; Pereira *et al.*, 2014). Outro autor complementa que a conexão com o meio ambiente é importante para fazer a gestão da própria vida e ser independente. (Nogueira *et al.*, 2010).

O termo independência se refere a habilidade de realizar atividades sem auxílio de outras pessoas. Já a aptidão de gerir sua própria vida e tomar suas próprias decisões denomina-se autonomia (Tavares *et al.*, 2017). A independência, a autonomia e a forma como a pessoa interage com o seu ambiente, são fatores inter-relacionados com a funcionalidade.

Diante disso, a capacidade e o desempenho funcional são habilidades que propiciam as pessoas serem, agirem, se movimentarem e se locomoverem conforme a intenção, para

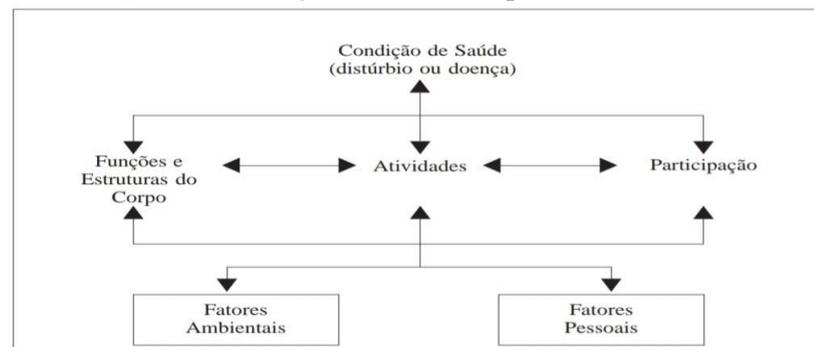
obtenção de interesses próprios, relacionando-se a melhor qualidade de saúde e de vida. Correlacionam-se à capacidade intrínseca, que é o ajuste entre as capacidades física e mental, incluindo-se as psicossociais, para responder às necessidades e demandas pessoais e ambientais (Tavares, 2017; Perracine; Flo, 2019).

A habilidade da pessoa idosa para desempenhar as várias atividades cotidianas é afetada com o envelhecimento devido às alterações fisiológicas sofridas com o passar dos anos (Barbosa *et al.*, 2014). Nesse sentido, o impacto ocorre diretamente na capacidade funcional, pois interfere na execução de atividades que a antes eram realizadas de forma independente e sem dificuldades (Dharmarajan *et al.*, 2020).

Existe uma variedade de conceitos e ideias que têm o intuito de elucidar a funcionalidade humana. Por possuir muitas dimensões (biológicas, sociais, psicológicas), seu conceito é amplo (Perracine; Flo, 2019). A Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, publicada pela OMS em 2001, tem como objetivo caracterizar a funcionalidade e a incapacidade. Conceitua capacidade funcional como o conjunto das funções, estruturas do corpo e diálogo entre a pessoa, sua condição de saúde e os elementos contextuais, ou seja, os fatores pessoais e ambientais (OMS, 2001; Castro; Leite, 2017).

Face a isto, o modelo de funcionalidade aqui proposto tange ao conceito descrito na CIF. A funcionalidade está relacionada à condição de saúde de uma pessoa, interligada a fatores físicos, pessoais e ambientais (**Figura 1**).

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF



Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OPAS-OMS, p.30.

Os fatores físicos considerados são os biológicos, associados a circunstâncias de fases da vida, doenças, transtornos e lesões. Os fatores pessoais estão relacionados ao gênero, escolaridade, raça, idade, tipo físico, antecedentes sociais, estilo e hábitos de vida. Já os fatores ambientais dizem respeito aos aspectos físicos, sociais e de atitudes de como a pessoa vive e interage com o mundo (Riberto *et al.*, 2011). O ambiente remete aos fatores

extrínsecos, sobre o modo como as pessoas se relacionam seus valores e atitudes, a estrutura arquitetônica, os sistemas e as políticas sociais e de saúde de acesso, que em conjunto formam o contexto de vida no qual a pessoa está inserida (Parracine; Flo, 2019).

A CIF é estruturada com três níveis de funcionalidade e para cada nível sua respectiva deficiência (OMS, 2015). Descreve aspectos positivos e negativos para o exercício da funcionalidade (Farias; Buchalla, 2005). Os aspectos positivos são função, estrutura do corpo e participação, e os negativos são incapacidade, limitação de atividade e restrição de participação (OMS, 2015). Segundo Farias e Buchalla (2015), a incapacidade é consequência da interação entre a disfunção, seja por causa orgânica ou estrutura do corpo; as limitações das atividades, as restrições de participação e dos fatores ambientais (Ferrer *et al.*, 2019). As limitações das atividades são conceituadas como a dificuldade em realizar atos ou ações do cotidiano (Barbosa *et al.*, 2014). As restrições de participação são as dificuldades que a pessoa pode confrontar nas situações rotineiras (Ferrer *et al.*, 2019).

A relevância da funcionalidade no envelhecimento que está descrita na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI, que a situa como propósito de promoção e ações de saúde em todas as fases da vida, para um envelhecimento saudável.

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (Brasil, 2006, p. 7).

Esta política considera a funcionalidade como um dos três fatores basilares para um envelhecimento bem-sucedido, aliado a menor probabilidade de doença, alta capacidade física e engajamento social ativo com a vida (Brasil, 2006). Assim, a coloca como condição fundamental para a saúde, que possibilita interação da pessoa idosa enquanto ser autônomo, participativo e integrante de um contexto como seu ambiente social.

A avaliação da capacidade funcional dessa população é imprescindível para que os profissionais de saúde possam identificar potenciais riscos de declínios funcionais, mensurar e estratificar níveis de limitações e deficiências. Estes podem utilizar ainda instrumentos (testes físicos específicos) para avaliar o perfil funcional da pessoa idosa, mensurar as incapacidades, para guiar à terapêutica, traçar metas e avaliar a intervenção e tratamentos ofertados (Desai; Law; Needham, 2011; Falvey; Magione; Stevens *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2019). De acordo com a OMS (2015), a funcionalidade é entendida como uma continuidade do estado de

saúde, e todas as pessoas apresentam algum grau de funcionalidade em cada domínio, ao nível do corpo, da pessoa e da sociedade.

Diversos instrumentos e testes são utilizados para avaliar a funcionalidade além da própria CIF, entre eles o índice de Barthel (Dietrich *et al.*, 2017), Escala de Lawton (Silva *et al.*, 2019; Pereira *et al.*, 2014), Medida de Independência Funcional – MIF (Sá; Santos, 2019). Já para avaliação da mobilidade existem o *Time up and go* (Silva *et al.*, 2019; Pereira *et al.*, 2014) *Functional Status Score for the Intensive Care Unit* (FSS-ICU) (Martins *et al.*, 2021). Para mensurar força muscular, o *Medical Research Council Sum-Score* (MRC-SS) (Martins *et al.*, 2021). Cada um com suas características e especificidades.

As diversas maneiras de avaliação da funcionalidade humana são importantes para mensurar o comprometimento na atividade diária, porém formas de avaliar restrição de participação social também são necessárias. Reconhecendo essa lacuna, a OMS recomenda o *World Health Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0* com o objetivo de mensurar a incapacidade em atividades e participação social (Ferrer *et al.*, 2019).

De posse do conhecimento da avaliação funcional, o profissional de saúde pode implementar intervenções, medidas preventivas e agir precocemente para reverter quadros de fragilidades da pessoa idosa (Siqueira *et al.*, 2004; Desai; Law; Needham, 2011; Falvey; MagioneA; Stevens, 2015; Carvalho *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2019; Dharmarajan *et al.*, 2020; Wells *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021; Menezes *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021). A PNSPI reforça essa necessidade:

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção (Brasil, 2006, p. 11).

Diante do exposto, reitera-se a importância desse objeto de estudo, necessário para elucidar os impactos da baixa capacidade física em idosos, principalmente após hospitalização, evidenciando a importância de estratégias de promoção da independência funcional, para manutenção da atividade, participação social e preservação da autonomia.

2.2 DECLÍNIO FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

2.2.1 Declínio funcional durante a hospitalização da pessoa idosa

As transformações na capacidade funcional e no desempenho de atividades são antecedidas de pequenas modificações fisiológicas, levando a alteração de estruturas e

sistemas. Segundo autores a instalação da incapacidade funcional na pessoa idosa pode ocorrer de forma temporal ou seguir uma ordem cronológica (Perracini; Flo, 2019). As alterações da capacidade funcional, sob os aspectos físicos, ocorrem de forma cronológica com o processo de envelhecimento, e relacionam-se a princípio com a diminuição de força, massa e potência muscular, tornando a pessoa idosa mais susceptível a quedas, doenças, traumas, lesões e acometimento de doenças crônicas não degenerativas podendo levar a hospitalizações e re-hospitalizações quando agudizadas (Carneiro *et al.*, 2021).

Estudo evidenciou que as primeiras limitações de atividades ou necessidades de auxílio de terceiro para autocuidado e mobilidade está relacionado a quatro vezes mais chances de admissões de pessoas idosas a emergência e internações hospitalares que rapidamente se agravam, aumentando a necessidade de cuidados de saúde. Apontando as limitações de atividade como preditor de morbi-mortalidade, além de sinalizar a demanda futura de necessidade de apoio e serviços de saúde pelas pessoas idosas (Ankuda *et al.*, 2022). A hospitalização sucede em declínio funcional das pessoas idosas, devido à associação de fatores como as alterações fisiológicas do envelhecer, a doença, e as rotinas hospitalares. As causas das internações podem estar associadas com a agudização de doenças crônicas, causas externas, dentre outras (Tavares *et al.*, 2021).

Ademais, a trajetória da funcionalidade após o início das limitações de funcionalidade ocorre de forma diferente entre as pessoas (Ankuda *et al.*, 2022). De acordo com o tempo, classificam-se como progressivas ou a combinação de ambas. Quando aguda, decorre de processos patológicos decorrentes, por exemplo, de fraturas e Acidente Vascular Encefálico – AVE. Quando progressiva, ocorre lentamente, em consequência, por exemplo, de doenças degenerativas como Alzheimer, Parkinson e osteoartrose (Perracini; Flo, 2019).

Apesar de a hospitalização ser necessária para resolução do estado de saúde ou estabilização do quadro agudizado, baixos níveis de atividade física ou até mesmo a imobilização prolongada ao leito hospitalar pode trazer efeitos desfavoráveis (Deer *et al.*, 2016; Zisberg *et al.*, 2023). Estudo demonstra que pessoas idosas durante a hospitalização destinam apenas 12% do tempo em cadeiras ou poltronas em detrimento de 83% do restante do tempo no leito (Falvey; Magione; Stevens, 2015).

A falta de atividade física na população idosa está correlacionada a estados de dependência física, restrição de mobilidade, fraqueza muscular, baixa resistência física e a própria fragilidade (Oliveira *et al.*, 2019; Urquiza *et al.*, 2020; Valenzuela *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021; Kavanagh *et al.*, 2022; Zisberg *et al.*, 2023). A imobilização temporária no leito pode resultar em complicações neuromusculares,

pulmonares, cognitivas e deterioração da qualidade de vida, podendo perdurar até cinco anos após a alta (Desai; Law; Needham, *et al.*, 2011). Essas complicações repercutem no estado funcional refletindo em distúrbios no equilíbrio, na marcha, aumentando o evento de quedas e prejudicando a autonomia da pessoa idosa (Oliveira *et al.*, 2019).

Estas acarretam incapacidades que podem levar a re-hospitalizações, impactando na qualidade de vida e aumentando a mortalidade (Deer *et al.*, 2016). Sendo assim avaliar o estado funcional de pessoas hospitalizadas para detectar precocemente alterações no desempenho funcional é uma medida preventiva que deve ser o foco das ações durante o internamento visando o retorno ao domicílio (Desai; Law; Needham, 2011; Loyd *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021).

Pessoas mais velhas podem apresentar diversos estados de funcionalidade ao serem admitidas no hospital. A alteração da função física pode estar presente antes, durante ou após a hospitalização (Ankuda *et al.*, 2022). Mesmo os idosos previamente independentes a admissão hospitalar, podem ser susceptíveis a défices funcionais, visto que, quando se fala numa população com perfil associado à fragilidade, essa alteração pode se instalar de forma rápida (Oliveira *et al.*, 2021).

A pessoa idosa hospitalizada possui 61 vezes mais chances de apresentar incapacidade para realização das ABVD's que outras pessoas idosas da comunidade (Falvey; Magione; Stevens *et al.*, 2015). O declínio funcional resultante da imobilidade no leito durante o internamento pode ser definido como a perda de habilidades na realização das ABVD's entre o período pré-morbididade (estado funcional prévio ao internamento), a estadia hospitalar e até três meses após a alta (Cornette *et al.*, 2006).

Estudo aponta que aproximadamente 68% dos pacientes recebem alta abaixo do seu estado funcional pré-hospitalização (Falvey; Magione; Stevens, 2015). Este déficit funcional aumenta o risco de fragilidade e a dependência, causando prejuízos para o bem-estar e qualidade de vida (Desai; Law; Needham, 2011).

Uma Coorte prospectiva com 102 participantes identificou como fatores preditores para o declínio funcional: ser do sexo masculino, com maior idade, sem companheiro, sem apoio social, possuir internação no último ano, risco de queda e lesão por pressão, apresentar déficit cognitivo, depressão, delirium e contenção mecânica durante a internação (Tavares *et al.*, 2021). Ao identificar fatores que aumentam a suscetibilidade da pessoa idosa ao declínio funcional, a equipe multidisciplinar deve agir precocemente, prevenindo e evitando as condições geriátricas que estão associadas aos piores desfechos funcionais (Siqueira *et al.*,

2004; Carvalho *et al.*, 2018; Loyd *et al.*, 2020; Gettel *et al.*, 2021; Menezes *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021).

Autores sinalizam que a pessoa idosa pode experimentar novas perdas funcionais diante das existentes após hospitalização, quando comparadas duas semanas anteriores à hospitalização, limitando a realização de ABVD's (Buurman; Rooji *et al.*, 2015). É factível que pessoas idosas podem experimentar novas deficiências após internações agudas, causando impacto em diversos domínios como autocuidado, atividades instrumentais e mobilidade doméstica e social. (Dharmarajan *et al.*, 2020). Um dos fatores relacionados a isso são os baixos níveis de atividade física, mobilidade, repouso no leito, polifarmácia, uso de dispositivos médicos, falta de estímulo à força e potência muscular, cruciais para desempenhar ações como ficar de pé a partir da posição sentada, caminhar e manter o equilíbrio postural durante a hospitalização (Carneiro *et al.*, 2021; Tavares *et al.*, 2021).

Uma coorte prospectiva com 515 pessoas que estiveram hospitalizadas por demandas clínicas com escores de mobilidade, ABVD's e AIVD's prévios comparados com escores no primeiro e no sexto mês após a alta, encontrou como resultado incapacidades respectivamente antes e após a hospitalização relacionadas às atividades: vestir-se (25%/18%) subir um lance de escada (45%/31%); preparação de refeições (53%/41%); caminhar 400 metros (65%/53%). Observou-se que novas incapacidades foram adquiridas um mês após alta hospitalar: 43% dos participantes tinham dificuldade para caminhar 400 metros; 41,5% para realizar as atividades domésticas e 30,6 % para banhar-se. A recuperação foi incompleta mesmo após seis meses. A proporção dos que se recuperaram ao final do estudo foi de 65,4 % para banhar-se; 65,4% preparar suas próprias refeições e 76,1% para caminhar 400 metros (Dharmarajan *et al.*, 2020). Esse estudo demonstra a fragilidade da pessoa idosa após hospitalização e quão complexa e demorada pode ser a recuperação e retorno as atividades cotidianas, limitando sua mobilidade e participação social.

A utilização de diretrizes de exercícios, com protocolos definidos é uma estratégia para melhorar os déficits funcionais em pessoas idosas frágeis após a hospitalização (Falvey; Magione; Stevens, 2015). O exercício físico é uma das estratégias de enfrentamento e prevenção das incapacidades, pois tem um efeito positivo na massa e força muscular, melhorando a função física e, portanto, auxiliando para o tratamento da fragilidade (Urquiza *et al.*, 2020; Valenzuela *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2021; Kavanagh *et al.*, 2022).

Uma revisão sistemática de literatura mostrou resultados favoráveis dos efeitos das intervenções de exercícios na função física, como força, mobilidade, marcha, equilíbrio e desempenho físico para melhorar parâmetros em idosos frágeis (Jadczak *et al.*, 2018). A perda

de massa e fraqueza muscular, baixa mobilidade e alterações no equilíbrio postural podem ser minimizadas quando iniciada a reabilitação funcional conjunta pela equipe multiprofissional ainda durante o internamento (Falvey *et al.*, 2019; Valenzuela *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2021), promovendo ações de educação precocemente para autogestão do estado funcional pelo próprio paciente/familiares e cuidadores (Falvey *et al.*, 2019; Lawler *et al.*, 2019).

Cabe aos profissionais de saúde no momento da admissão do paciente na unidade hospitalar, realizar avaliação funcional para identificar fatores de risco, fragilidades e potencialidades de declínio funcional. Uma vez detectados, iniciar precocemente um plano terapêutico objetivando a recuperação/manutenção funcional, minimizando a dependência, buscando a máxima funcionalidade prévia possível (Desai; Law; Needham, 2011; Silva *et al.*, 2019). Entretanto, é necessário preparar alta de pessoas idosas com déficits funcionais e continuar acompanhando-as durante a transição hospital-domicílio para que estas possam ser apoiadas na adaptação a nova situação de saúde e recuperar seu estado funcional e independência, quando possível (Falvey *et al.*, 2019; Lawler *et al.*, 2019; Pedrosa; Ferreira; Baixinho, 2022; Lee *et al.*, 2023).

2.2.2 Cuidados de transição hospital-domicílio

Na década de 60, a enfermeira-cientista egípcio-americana Dra. Afaf Ibrahim Meleis em sua teoria definiu a transição como uma mudança de estados, níveis ou locais que levam as pessoas a necessitarem de adaptações internas e externas para a nova situação (Silva *et al.*, 2021). As pessoas passam por mudanças ao longo da vida e em processos de transição que podem estar ligados a eventos inesperados, faixa de idade, doenças, atividades laborais e fases da vida. As respostas por quem está experimentando as mudanças são diversas, possuem caráter individual e são influenciadas pelo ambiente (Zagonei, 1999).

Essas transformações geram novas concepções, pensamentos, enfrentamentos e papéis em resposta a nova situação, as chamadas adaptações. As adaptações são promovidas através de conhecimentos, desenvolvimento de estratégias e habilidades através de recursos e competências psicossociais individuais (Meleis, 2010).

Este é o marco teórico que a enfermagem utiliza para apoiar transições e é utilizada por demais profissionais de saúde permitindo adaptações saudáveis, auxiliando os pacientes a adquirirem expertise para serem protagonistas juntamente com familiares e cuidadores, no processo da manutenção dos cuidados. Entretanto essa discussão também se articula ao planejamento do cuidado de outras categorias profissionais.

Na transição relacionada ao processo saúde doença de pessoas hospitalizadas, a alta hospitalar pode gerar medo e insegurança, pois é quando a pessoa precisa gerir a continuidade do seu cuidado, seja por conta própria ou com apoio de outros. Em muitas ocasiões, neste momento, pacientes, familiares e cuidadores se deparam com incertezas a respeito do tratamento e recuperação. Assim, a falta do planejamento da alta pode trazer angústia, ansiedade, pouca adesão ao tratamento e baixa qualidade de vida (Hesselink *et al.*, 2012).

Ao somatório de ações que objetivam assegurar a continuidade do cuidado durante a transferência entre distintos níveis ou locais denomina-se cuidado de transição (Menezes *et al.*, 2019). Na transferência do ambiente hospitalar ao domiciliar é necessário preparar a pessoa a ser cuidada para a continuidade do seu cuidado saúde, quando estes deixam de ser realizados diretamente pelos profissionais, para serem realizados pelo próprio paciente, familiares e seus cuidadores (Silva *et al.*, 2021).

2.2.3 Fisioterapia na transição hospital domicílio

A participação da equipe multidisciplinar em modelos de transição de cuidados se mostra cada vez mais necessária. Estudos que tratam da intervenção no regresso ao domicílio abordam sobre os déficits funcionais de forma pouco definida trazendo a inclusão da fisioterapia na intervenção da transição, sem especificar qual abordagem dessa atuação e sem protocolos definidos (Cajading *et al.*, 2017; Finlayson *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2018). Outros autores trazem a participação de alguns profissionais de saúde na transição do cuidado, especialmente enfermeiros, cuja atuação está bem descrita na literatura em modelos de transição, com atuação na gestão, e no controle de sintomas. Entretanto, a atuação da fisioterapia é pouco documentada (Falvey; Magione; Stevens, 2015).

Em uma revisão de literatura, os autores afirmam que os cuidados de transição em reabilitação não são frequentes, ampliando a possibilidade de fragmentação do cuidado, complicações e eventos adversos no regresso ao domicílio (Pedrosa; Ferreira; Baixinho, 2022). Sabe-se que pacientes com baixa capacidade funcional estão em maior risco de readmissão hospitalar (Falvey *et al.*, 2019; Sáez *et al.*, 2020), ademais demandam por mais serviços de reabilitação e apoio para transitarem para o ambiente doméstico (Mcgilton *et al.*, 2021). Condição esta que poderia ser minimizada com a atuação de um profissional fisioterapeuta no ambiente hospitalar e nos pós alta.

O fisioterapeuta como profissional habilitado para reabilitação física no Brasil pode contribuir com a transição do cuidado focado na reabilitação de pacientes com a função física prejudicada. A resolução número 80 de 09 de maio de 1987 coloca no seu Artigo 1º:

É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas (D.O.U nº. 093 – de 21/05/87, Seção I, p. 7609).

O fisioterapeuta participa do planejamento da alta dos pacientes e responsáveis, fornecendo educação durante a estadia hospitalar, capacitando-os para que estejam preparados para a continuidade e manutenção das orientações fisioterapêuticas após alta hospitalar (Falvey *et al.*, 2019).

Ademais, auxilia o paciente e as pessoas envolvidas no cuidado a identificar, mesmo antes de regressar ao domicílio, de barreiras e facilitadores existentes no ambiente doméstico para treinamento e implementação dos cuidados. Assim, antecipa problemas a serem enfrentados, favorecendo soluções em conjunto para resolução destes, esclarecendo dúvidas e proporcionando uma melhor gestão da alta e adaptação no domicílio (Falvey *et al.*, 2015). Uma transição de cuidados bem realizada, evita a dependência total nas ABVD's de pessoas idosas fragilizadas (Lee *et al.*, 2023).

Nesse sentido, o objeto desse estudo corrobora com modelos de gestão e de planejamento para alta com profissionais fisioterapeutas através de estratégias que objetivem mitigar e/ou sanar o declínio funcional para reabilitar esses pacientes, dispondo dos modelos de cuidados de transição como ferramenta para melhorar a adaptação no regresso ao domicílio e auxiliar a superar as deficiências acometidas por essa população.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, do tipo coorte, recorte de pesquisa vinculada ao projeto de pesquisa “Cuidado transicional Hospital–domicílio a pessoas adultas e idosas” e objetivou descrever a funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e dois meses após hospitalização. A coleta de dados foi ambispectiva e sua apresentação segue as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (Elm *et al.*, 2007).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Sete enfermarias (cinco clínicas e duas cirúrgicas) de um Hospital Universitário e o domicílio das pessoas idosas que contavam com auxílio de cuidadores/ familiares, após a alta hospitalar.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO/ CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Pessoas idosas admitidas nas enfermarias do Hospital Universitário. Em caso de impossibilidade de responder aos questionamentos por afasia, déficit cognitivo ou outra condição clínica, o familiar responsável foi abordado para responder os questionários. A amostra foi não probabilística, por conveniência, através de busca ativa ao mapa de distribuição e atendimentos diários do serviço de fisioterapia, realizados três vezes por semana, em dias alternados.

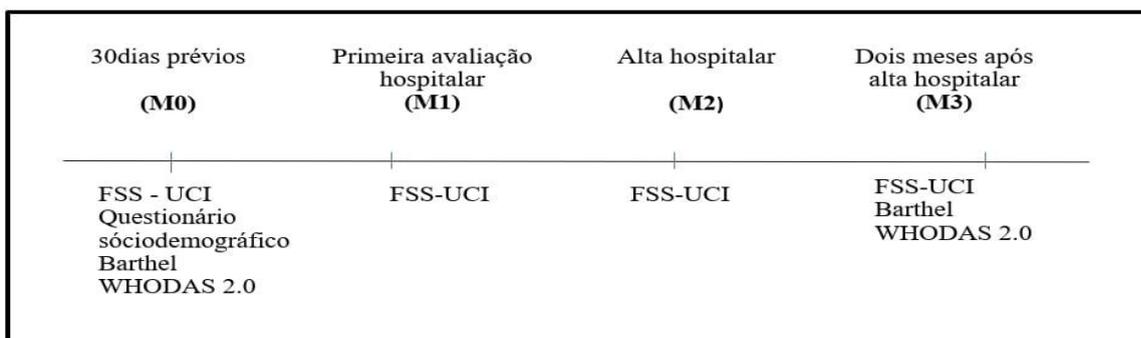
Foram incluídos no estudo pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, hospitalizados entre sete (7) e vinte e oito (28) dias no momento do recrutamento, e em tratamento fisioterapêutico durante a hospitalização. Excluiu-se pacientes recrutados, mas que apresentaram agravamento do quadro clínico com transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou outra unidade hospitalar, e que não disponibilizavam de um *smartphone* com aplicativo de *WhatsApp*® instalado para acesso à internet diante da necessidade do acompanhamento após a alta. Os participantes elegíveis foram convidados a participar da pesquisa, e depois de esclarecidas as dúvidas, os que aceitaram assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este foi assinado pelo paciente ou seu familiar responsável a depender da situação.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre de fevereiro de 2023 e janeiro de 2024, através de três etapas envolvendo quatro momentos (M0 a M3).

- 1ª etapa (Realizada entre fevereiro e novembro de 2023 – Momentos M0 e M1) – ocorreu na inclusão do paciente no estudo com dois momentos. M0: coleta de informações quanto à funcionalidade prévia através do *Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU)* (coletado em prontuário por auto-relato); abordagem dos pacientes/familiares responsáveis para aplicação dos instrumentos *World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, índice de Barthel referente aos 30 dias anteriores à hospitalização (auto-relato) e questionário sócio-demográfico. M1: coleta de dados do *FSS-ICU* da primeira avaliação do fisioterapeuta hospitalar (coletado em prontuário). Ressalta-se que no serviço lócus, esta primeira avaliação ocorre quando da disponibilidade e colaboração do paciente. Nesta pesquisa, todas as avaliações ocorreram na primeira semana de internação. Durante a internação hospitalar, os pacientes foram submetidos ao tratamento fisioterapêutico padrão da equipe de fisioterapia do hospital.
- 2ª etapa (Realizada entre fevereiro e novembro de 2023 – Momento M2) - coleta de informações relacionadas ao *FSS-ICU* registrado em prontuário pela fisioterapia na ocasião da alta hospitalar.
- 3ª etapa (Realizada entre abril de 2023 a janeiro de 2024 – Momento M3) - coleta de dados dois meses após a alta hospitalar, quando os instrumentos foram replicados através de vídeo chamada via aplicativo *Whapp*®. Essa etapa foi conduzida por uma fisioterapeuta assistencial do Hospital Universitário e uma equipe composta por cinco graduandos em fisioterapia, bolsistas e voluntários, que receberam treinamento prévio, para minimizar viés. Conforme figura 2.

Figura 2. Linha do tempo da aplicação dos instrumentos para coleta de dados.



Fonte: Elaboração dos autores.

Para se conhecer sobre o perfil sócio-demográfico e o estado de saúde foi dos participantes, foi aplicado um questionário estruturado para informações sobre sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, quantidade de pessoas residentes na casa, renda familiar, região de residência, quantidade de pessoas que auxiliam no cuidado e o vínculo com o cuidador principal. Esse foi aplicado durante entrevista realizada na etapa 1 e Momento (M0).

A avaliação do estado funcional foi realizada com base nos instrumentos *FSS-ICU*, *Whodas 2.0* e o Índice de Barthel. O *FSS-ICU* tem a função de mensurar estados funcionais, através do desempenho de pacientes em tarefas básicas na beira do leito, como: rolar no leito; transferir-se da posição supina para sentada; transferir-se da posição sentada para em pé; sentar-se à beira do leito e deambular (Martins *et al.*, 2021).

O índice de Barthel modificado foi utilizado para mensurar a independência funcional para ABVD's por ser sensível em diferentes perfis de dependência e independência funcional. Avalia dez ABVD's: comer; realizar higiene pessoal; banhar-se; utilizar o vaso sanitário; vestir-se e despir-se; controlar os esfíncteres; transferir-se da cadeira para cama; subir e descer escadas; deambular (alternativo para cadeira de rodas) (Araújo *et al.*, 2020).

O WHODAS 2.0 avalia a condição de saúde e funcionalidade, mensura limitações comportamentais e restrições de participação social percebida pela pessoa sob qualquer situação de saúde (Castro *et al.*, 2017; Papadopoulou *et al.*, 2020). Seus domínios são: Cognição - aprendizado e comunicação. Mobilidade - movimentar-se dentro e fora de casa. Autocuidado- higiene, alimentar-se e ficar sozinho. Relações Interpessoais- interações com outras pessoas. Atividades de vida - atividades diárias (domésticas, lazer, trabalho e escola). Participação- atividades: sociais, comunitárias; barreiras ambientais; (Castro *et al.*, 2017). Quanto mais alto o escore, pior a deficiência observada. Para esse estudo optou-se pela versão de 12 itens, por ser breve e facilmente aplicada nos ambientes desta pesquisa.

Os participantes foram orientados quanto ao planejamento da alta hospitalar para continuidade das orientações fisioterapêuticas no ambiente domiciliar. Essa orientação consistia em treinamento e entrega de cartilha de exercícios fisioterapêuticos prescritos conforme a necessidade individual. Após alta hospitalar os participantes receberam seis contatos semanais no primeiro mês e quinzenal no segundo mês por chamadas telefônicas ou via aplicativo de *WhatsApp*® para manutenção de vínculo durante acompanhamento do estudo e dirimir dúvidas sobre o plano de cuidados de exercícios fisioterapêuticos fornecidos no período hospitalar.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada pelo *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 18.0. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificou a não normalidade dos dados. Assim a estatística descritiva apresentou as variáveis nominais descritas em porcentagem e as quantitativas em mediana e intervalo interquartil, sendo a variável dependente principal a mobilidade e as secundárias a independência funcional e a atividade e participação social.

Foram consideradas variáveis independentes dados sócio-demográfico e clínicos. Para determinar as diferenças nos resultados ao longo do tempo nos valores para mobilidade nos quatro momentos, foi utilizado o teste não paramétrico de *Friedman* para análise de medidas repetidas. Já para as diferenças nos valores de independência funcional, atividade e participação social foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para comparação dos dois momentos avaliados pelo Teste de *Wilcoxon*. Foi considerado o intervalo de confiança de 95%, a significância de 5% ($p \leq 0,05$).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo vincula-se ao projeto de pesquisa matriz intitulado “Cuidado transicional Hospital–domicílio a pessoas adultas e idosas”, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do HUPES, sob parecer de número: 5.754.122, provado em 11/11/2022 (Anexo). Este projeto é vinculado ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EUFBA), cadastrado no Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A pesquisa atendeu as determinações das Resoluções 466/2012, 580/ 2018 e do Ofício Circular de Pesquisa Virtual nº 2/2021.

No que se refere à autonomia as pessoas idosas e familiares/cuidadores, estes foram informados dos objetivos e relevância do estudo, em seguida convidadas a participar. Foram ainda informadas acerca do respeito à vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, assim como sobre a desistência a qualquer tempo do estudo. Os participantes que aceitaram colaborar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias: uma ficou em posse do participante e a outra em posse da pesquisadora responsável.

Os pacientes ao serem recrutados foram informados sobre o recebimento do treinamento conforme o plano de tratamento fisioterapêutico hospitalar, entretanto se por algum motivo o período de internamento hospitalar ultrapassasse 28 dias, não participariam da

fase 3 do estudo (acompanhamento). Os participantes também foram informados sobre os riscos e malefícios associados à sua participação. Quanto aos riscos poderiam ser incômodos em interromper suas atividades diárias nos momentos de realização do acompanhamento, ou receio em partilhar informações acerca de sua rotina de atividades de vida diária, caso isso ocorresse, a coleta era interrompida e seria reagendado um novo momento conforme disponibilidade, além de aconselhar que estivesse em um ambiente reservado, garantindo o conforto para o participante durante acompanhamento.

Para garantir o sigilo das informações e confiabilidade dos dados coletados no prontuário, estes foram arquivados em pastas na sala do NESPI, onde serão guardadas por cinco anos e após esse período destruídas.

Saliento também que foi assegurado o anonimato dos participantes, utilizando códigos de identificação com a letra I, representando o termo idoso, seguido de um numeral crescente, exemplo: I1, I2, I3... e assim consecutivamente.

No que diz respeito à beneficência, o estudo contribuiu para a produção do conhecimento a respeito da temática, contribuindo com ações de cuidado e educação em saúde. Os benefícios resultantes da participação na pesquisa foram de contribuir auxiliando através de informações sobre a funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital-domicílio, além de dirimir possíveis dúvidas residuais do plano de alta hospitalar.

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão apresentados em forma de dois manuscritos. O primeiro manuscrito intitulado “Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: revisão integrativa” teve como objetivo identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio, foi submetido e aceito Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, com Qualis A3, aguardando a publicação no volume 27.

O segundo manuscrito intitulado “Trajetória da funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e após a hospitalização: Estudo de Coorte” teve como objetivo comparar a funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e dois meses após hospitalização, e será enviado para apreciação, após contribuições da banca, para Revista Panamericana de Salud Pública, com Qualis A3 fator de impacto de 2,6.

4.1 MANUSCRITO 1

Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: revisão integrativa

Interventions to promote the functionality of older people in the hospital-home transition: an integrative review

Promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio

Promotion of older adults functionality in the hospital-home transition

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio. *Metodologia:* Revisão integrativa de literatura com buscas entre outubro e novembro de 2022, nas bases de dados: MEDLINE, Lilacs, IBECs, BDNF, WoS, SCOPUS, CINAHL e PEDro, com os MeSh: Aged, Transitional Care e Functional Status, em qualquer idioma, sem recorte temporal, com operador *booleano OR e AND*. *Resultado:* Identificou-se 2.123 artigos, nove atenderam aos critérios de inclusão, emergindo quatro categorias: Educação em saúde para promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio; Envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares para promoção da funcionalidade durante a transição hospital domicílio; Atuação de equipe multidisciplinar para promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio; Acompanhamento após alta hospitalar para promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio. *Conclusão:* A continuidade dos cuidados após alta hospitalar através de intervenções para manter e recuperar a funcionalidade é uma estratégia que fortalece a autonomia e a independência das pessoas idosas.

Palavras-chaves: Cuidado Transicional. Idoso. Educação em saúde. Estado funcional.

Abstract:

Objective: Identify interventions in the literature interventions that help promote the functionality of older adults during the hospital-home transition. **Methodology:** An integrative literature review with searches between October and November 2022 in the databases MEDLINE, Lilacs, IBECs, BDNF, WoS, SCOPUS, CINAHL, and PEDro, with the MeSh: Aged, Transitional Care and Functional Status, in any language, without time frame, with Boolean operator OR and AND. **Result:** 2,123 articles were identified, nine met the inclusion criteria, and four categories emerged: Health education to promote the functionality of older adults during the hospital-home transition; Active involvement of older people and family caregivers to encourage functionality during the hospital-home transition; Multidisciplinary teamwork to promote the functionality of older adults during the hospital-home transition; Follow-up after hospital discharge to promote the older adult's functionality during the hospital-home transition. **Conclusion:** Continuity of care after hospital discharge through interventions to maintain and recover functionality is a strategy that strengthens the autonomy and independence of older adults.

Keywords: Transitional care. Aged. Health education. Functional status.

INTRODUÇÃO

A pessoa idosa durante e após internação hospitalar, especialmente por longo prazo e por diversos motivos pode enfrentar prejuízos na função física com diminuição de força e massa muscular, redução da capacidade aeróbica e outros déficits, que dificultam a execução das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) decorrendo em perda da independência funcional, autonomia¹. Esses prejuízos comumente se mantêm, após a alta, representando um prognóstico ruim para a recuperação funcional².

A funcionalidade, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, é alusiva às funções do corpo, atividade e participação social³, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um terceiro indicador de saúde, para a reabilitação⁴.

Ademais, continuar a acompanhar pessoas idosas durante a hospitalização e após a alta é importante para melhor adaptação no domicílio⁵. Reconhecendo esse cenário, a OMS divulgou em 2016 um quadro de serviços de saúde integrados e centrados em pessoas, ressaltando a necessidade de otimizar sistemas de saúde e suas interligações, em particular durante as transições de cuidados⁶.

Nesse contexto, a teoria das transições criada pela Dra. Afaf Ibrahim Meleis, apoia as pessoas em situações de transição para vivenciar as mudanças que a nova

condição de saúde traz, antecipando e identificando estratégias para melhor enfrentamento ou não de situações que influenciam na adaptação após alta no domicílio⁷.

Embora a promoção da funcionalidade seja abordada amplamente na literatura relacionada à geriatria e gerontologia, ainda há uma lacuna, principalmente no Brasil, de estudos que abordem a funcionalidade da pessoa idosa como objetivo principal durante a transição hospital-domicílio, e em relação a um consenso sobre como a funcionalidade deve ser avaliada e abordada nesse contexto.

Estudos sobre o tema podem orientar serviços de saúde e suas equipes para melhor gestão/planejamento da alta hospitalar, com intervenções que promovam a funcionalidade; e contribuem ainda para produções científicas e melhor assistência no campo da geriatria e gerontologia. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, elaborada a partir de cinco fases⁸. O protocolo foi cadastrado no repositório *Open Science Framework* (OSF) sob o número 10.17605/OSF.IO/6DP9A.

A questão norteadora foi formulada com base na estratégia PICo, que representa P: pessoa idosa, I: intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade, Co: transição hospital-domicílio, sendo: *Quais intervenções auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital-domicílio?*

Utilizou-se as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cochrane Library*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Web of Science* (WoS), SciVerseScopus (SCOPUS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro). A MEDLINE foi acessada via *PubMed*. Para LILACS, IBECS e BDENF, o site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foi utilizado. Para *Cochrane Library*, *Web of Science*, SCOPUS e CINAHL, o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior (CAPES) foi acessado por meio do login na Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Universidade Federal da Bahia. A busca no PEDro foi realizada através do site da própria base de dados.

As buscas ocorreram entre 29 de outubro e 26 de novembro de 2022. Utilizou-se vocabulário controlado do Medical Subject Headings (MeSH), e não controlado (*entry terms*, sinônimos e palavras-chave). Os termos MeSh *Aged*, *Transitional Care* e *Functional Status* com operadores booleanos “OR” e “AND”, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias para busca nas bases de dados. Salvador, BA, 2023

Base de dados	Estratégia de Busca
MEDLINE via PubMed	(((((("Aged"[Mesh]) OR (Elderly)) OR (Older)) OR (Senior*)) OR (Elder*)) OR (Geriatric*)) AND (((((((("Functional Status"[Mesh]) OR (Status, Functional)) OR (Functional Independence)) OR (Independence, Functional)) OR (Functional Dependence)) OR (Functional Disability)) OR (Functional Ability)) OR (Functional Capacity))) AND ((((((("Transitional Care"[Mesh]) OR (Care*, Transitional)) OR (Transitional Cares)) OR (Transition Care*)) OR (Home Transition*)) OR (Transition*, Home))
LILACS, BDEF, IBECS via BVS	((mh:(aged)) OR (elderly) OR (older) OR (senior*) OR (elder*) OR (geriatric*)) AND ((mh:(functional status)) OR (status, functional) OR (functional independence) OR (functional dependence) OR (functional disability) OR (functional ability) OR (functional capacity)) AND ((mh:(transitional care)) OR (care*, transitional) OR (transitional cares) OR (transition care*) OR (home transition*) OR (transition* home))
Web Science of	((TS=(Aged)) OR ALL=(Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*)) AND ((TS=("Functional Status")) OR TS=("Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity")) AND ((TS=("Transitional Care")) OR ALL=("Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home"))
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY((Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*) AND ("Functional Status" OR "Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity") AND ("Transitional Care" OR "Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home"))
CINAHL	(MH Aged OR Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*) AND (MH "Functional Status" OR "Functional Status" OR "Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity") AND (MH "Transitional Care" OR "Transitional Care" OR "Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home")
Cochrane	(Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*):ti,ab,kw AND ("Functional Status" OR "Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity"):ti,ab,kw AND

	("Transitional Care" OR "Care, Transitional" OR "Cares, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition, Home" OR "Transitions, Home"):ti,ab,kw
PEDro	Transition* Care* AND Gerontology

Fonte: Elaboração dos autores.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados em qualquer idioma; a qualquer tempo; que respondessem à questão de investigação, apontando como desfecho, alteração da funcionalidade na transição hospital-domicílio. Artigos duplicados foram excluídos.

A estratégia de busca identificou 2.123 artigos. Em seguida, utilizou-se o *Rayyan*, aplicativo web que auxilia na triagem por um processo de semi automação⁹. Após detectadas as duplicatas, foram excluídos 179 artigos, restando 1.944 para leitura de títulos e resumos. Esta etapa foi realizada por duas pesquisadoras independentes, às cegas, sendo excluídos 1.922 que não contemplavam a temática. Os critérios de elegibilidade foram aplicados e as justificativas para exclusão foram registradas no *Rayyan*. Houve sete discordâncias, resolvidas após discussão, com inclusão dos artigos.

Os 22 artigos elegíveis foram lidos na íntegra, onde nove, que responderam à questão de investigação, compuseram a amostra final (Figura 1). Esta busca seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁰.

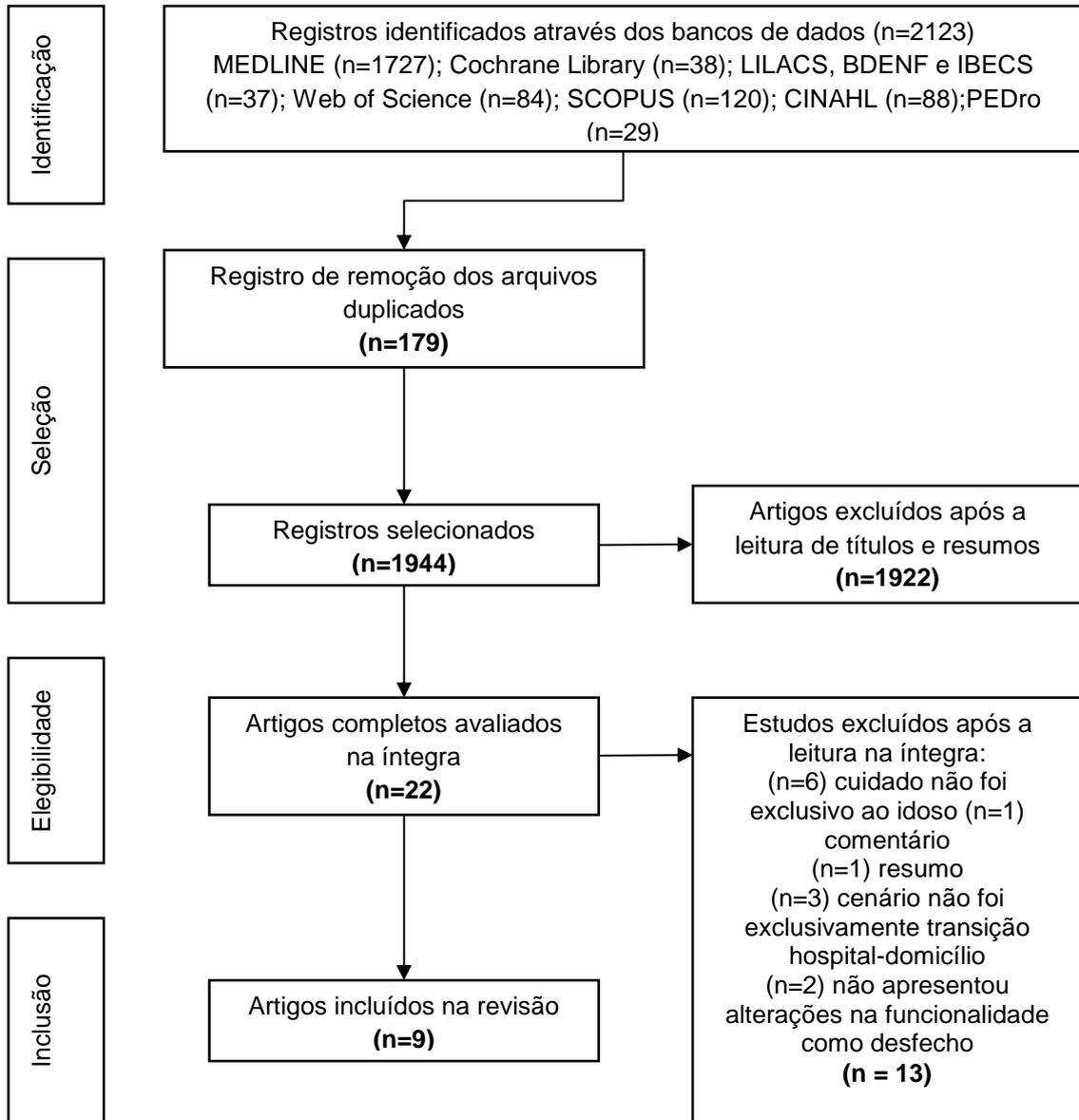


Figura 1. Fluxograma dos cruzamentos e resultados das buscas, com base no PRISMA. Salvador, BA, 2023.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados extraídos dos artigos foram organizados em um banco no *Microsoft Word*.

O Nível de Evidência dos estudos foi classificado em seis, conforme métricas propostas por Melnyk, Fineout-Overholt¹¹ (2015): **nível I:** metanálises e ensaios clínicos randomizados e controlados; **nível II:** estudos experimentais; **nível III:** pesquisas quase experimentais; **nível IV:** estudos descritivos, não experimentais ou qualitativo; **nível V:** relatos de casos ou experiência; **nível VI:** consensos e opiniões de especialistas.

Utilizou-se a Análise de Conteúdo, guiada pelas fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados para formação das categorias¹². Os resultados foram analisados à luz da Teoria das transições de Meleis, pautada nas mudanças ocasionadas pelo processo saúde-doença e adaptações necessárias para vivenciar as transições⁷.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente [Renata Farias Amorim].

RESULTADOS

Nove estudos integram essa revisão. As características gerais desses estudos podem ser verificadas no Quadro 2. Quatro estudos foram desenvolvidos na Ásia, três na América do Norte, um na Oceania e um na Eurásia, com período de publicação entre 2004 e 2022, sendo 2019 o ano com maior número de publicações (três).

Quadro 2. Características dos artigos incluídos na revisão quanto aos autores/ano, país, delineamento/nível de evidência/participantes, objetivo, intervenções e resultados principais relacionados à questão de investigação. Salvador,BA, 2023.

Autores Ano País Idioma	Delineamento/ Nível de Evidência/ Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados Principais
Naylor et al, 2004 ¹³ Estados Unidos Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 239	Examinar o efeito de uma intervenção de cuidados transicionais de 3 meses dirigida por enfermeiros de prática avançada para idosos hospitalizados com insuficiência cardíaca no	GC: cuidados de rotina para o hospital de admissão, incluindo protocolo para insuficiência cardíaca específica do local; GI: visitas hospitalares e domiciliares realizadas por	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, embora melhor funcionalidade tenha sido observada no GI.

		tempo para a primeira readmissão ou morte, reinternações totais, readmissões por insuficiência cardíaca e comorbidades, qualidade de vida, estado funcional, satisfação do paciente e custos médicos.	enfermeiras de prática avançada, desde a admissão hospitalar até 3 meses após a alta.	
Courtney et al, 2012 ¹⁴ Austrália Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 128	Avaliar a eficácia de uma intervenção multifacetada de cuidados transitórios para idosos, composta por exercícios hospitalares e no domicílio, sobre o estado funcional e a independência nas ABVD's.	GC: Cuidados de rotina, planejamento de alta, acompanhamento e aconselhamento de reabilitação. GI: Além dos cuidados de rotina, durante a internação recebeu um programa de exercícios individualizados para melhorar o equilíbrio, força muscular e flexibilidade; manutenção de comportamentos de promoção da saúde; visita domiciliar e telefonemas de acompanhamento até 24 semanas após a alta.	Melhoria da capacidade funcional, independência nas ABVD's e da capacidade de caminhar no GI quando comparado ao GC.
Xueyu et al, 2017 ¹⁵ China Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 83	Investigar o efeito de um protocolo de exercícios iniciado durante a hospitalização na qualidade de vida relacionada à saúde, função física e função cardíaca de	GC: programa de CT que incluiu plano de alta individual, orientações sobre o gerenciamento da ICC e 7 ligações ao longo de 3 meses; GI: programa de CT e um protocolo de	Melhora significativa da capacidade funcional no GI em comparação com o GC em 12 semanas de acompanhamento.

		idosos com Insuficiência Cardíaca Crônica durante o período de transição.	treinamento físico durante hospitalização, que consistiu em 5 a 10 minutos de aquecimento, seguido de caminhada e 5 a 10 minutos de exercícios de relaxamento. Acompanhamento após a alta teve o mesmo método e duração do GC.	
Carvalho et al, 2019 ¹⁶ Canadá Inglês	Estudo piloto prospectivo comparativo do tipo antes e depois nível de evidência III participantes n = 29	Desenvolver uma árvore de decisão para a prescrição de um programa domiciliar de AF individualizado, e não supervisionado para idosos após a alta hospitalar; investigar viabilidade, aceitabilidade; e eficácia na função física e mobilidade.	Árvore de decisão que consistiu em: avaliação física e identificação do perfil de mobilidade; 1 ou 2 treinos dos programas de AF durante a internação; diário de bordo com recomendações sobre a prática segura de exercícios e calendário semanal para registro das sessões em domicílio; realização de ligações semanais para dirimir dúvidas. A intervenção durou 12 semanas.	O uso de uma árvore de decisão para apoiar a prescrição de exercícios parece eficaz para melhorar a função física e a mobilidade de pacientes com alta de unidades geriátricas.
Geng et al, 2019 ¹⁷ China Inglês	Ensaio clínico controlado nível de evidência II participantes n = 60	Medir o impacto dos cuidados de transição baseados no Modelo Comportamental Integrado em comportamentos de saúde e resultados clínicos sobre AVC em idosos que tiveram alta.	GC: educação em saúde de rotina antes da alta e acompanhamento telefônico uma semana após a alta; GI: CT dividiu-se em duas etapas: educação em saúde antes da alta através de cartilha informativa; visitas domiciliares semanais e acompanhamento telefônico, entre 1	A intervenção de CT demonstrou ganhos na realização de ABVDs.

			e 3 meses após a alta, por enfermeiros e outros profissionais de saúde.	
Ko et al, 2019 ¹⁸ Coreia do Sul Inglês	Estudo quase-experimental nível de evidência III participantes n = 37	Avaliar os efeitos de um programa individualizado de cuidados transicionais baseado em uma teoria transicional para reduzir o declínio funcional de idosos submetidos a artroplastia de quadril por fratura de quadril.	GC: cuidados pós-operatórios habituais e educação em saúde antes da alta; GE: além da mesma assistência do GC, recebeu programa composto por terapêuticas de enfermagem, como avaliação, educação, ambiente de apoio através da teoria da transição. Incluiu prescrição de exercícios. Realizado 6 vezes em 2 semanas, durante a internação.	Os GC e GE foram significativamente diferentes nos escores de ABV'D entre pré-fratura e pós-intervenção. O GE apresentou melhores escores. Os resultados da intervenção foram benéficos para a mobilidade funcional, com registro de menores tempos no TUG.
Kitzman et al, 2021 ¹⁹ Estados Unidos Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 349	Avaliar a eficácia do REHAB-HF na função física e redução das taxas de reinternação para idosos internados por insuficiência cardíaca aguda descompensada.	GC: cuidados habituais, telefonema a cada 2 semanas e visitas em 1 mês e 3 meses após alta; GI: além dos cuidados habituais, programa de reabilitação concentrado em domínios da função física (força, equilíbrio, mobilidade e resistência), que progrediu por meio de níveis funcionais pré-definidos. Compreendeu três fases: hospitalar, ambulatorial e	O programa resultou em melhora significativamente maior da função física no GI, quando comparado ao GC.

			manutenção independente em domicílio com acompanhamento telefônico. A intervenção teve duração de 6 meses.	
Coskun, Duygulu, 2022 ²⁰ Turquia Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 66	Avaliar a eficácia do Modelo de Cuidados Transitórios na autonomia funcional, qualidade de vida, taxas de readmissão e reinternação de idosos submetidos à cirurgia cardíaca aberta.	GC: práticas de cuidados de saúde de rotina; GI: cuidados baseados no "Percurso Clínico da Cirurgia Cardíaca Aberta" e do protocolo composto em 4 etapas: a avaliação do estado de saúde e prestação dos cuidados pré e pós-operatórios durante internação (treinamento), análise do caso e planejamento do processo de cuidado (usando o sistema OMAHA), avaliação pós-operatória e definição dos cuidados adicionais, visitas domiciliares dentro de 24 horas, na 2ª, 6ª e 9ª semanas após a alta.	Os cuidados prestados no âmbito do protocolo, melhoraram significativamente os níveis de autonomia funcional no GI, comparado ao GC.
Yang et al, 2022 ²¹ China Inglês	Estudo quase-experimental nível de evidência III participantes n = 160	Investigar os efeitos dos programas de cuidados de transição sobre a saúde de idosos com alta e fraturas osteoporóticas por compressão vertebral.	GC: educação em saúde antes da alta e acompanhamento por telefone após a alta; GI: cuidados de rotina e programas de CT que incluíram apoio informativo, instrumental e emocional. Intervenção iniciada antes da alta e 1,2,3 e 6	Os programas de CT melhoraram significativamente a independência para realização das ABVD's.

			meses após alta através de contato telefônico.	
--	--	--	--	--

AF: Atividade Física, GC: Grupo Controle, GI: Grupo Intervenção, GE: Grupo Experimental, CT: Cuidados de Transição, *REHAB-HF: Rehabilitation Therapy in Older Acute Heart Failure Patients*, ABV'D: Atividades Básicas de Vida Diária, TUG: Timed Up and Go, ICC: Insuficiência Cardíaca Crônica

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao perfil dos participantes nos estudos, quatro abordaram pacientes cardiopatas^{13,15,19,20}, dois ortopédicos^{18, 21}, um neurológico¹⁷ e dois não especificaram motivos de admissão^{14,16}. Quanto ao delineamento, um estudo utilizou o método misto e oito utilizaram o método quantitativo. Cinco obtiveram nível de evidência I, um com nível de evidência II e três com nível de evidência III.

Com base no material coletado, formaram-se quatro categorias para análise e discussão: Educação em saúde, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares, atuação de equipe multidisciplinar e acompanhamento após alta hospitalar (Quadro 3).

Quadro 3. Características dos artigos incluídos na revisão quanto às categorias temáticas: Educação em saúde, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares, atuação de equipe multidisciplinar e acompanhamento após alta hospitalar. Salvador, BA, 2023.

Autores/ Ano	Categorias Temáticas			
	Educação em saúde	Envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares	Atuação de equipe multidisciplinar (*)	Acompanhamento após alta hospitalar
Naylor et al, 2004 ¹³	a) Orientações sobre o gerenciamento dos sintomas e terapêutico da IC e comorbidades comuns; b) Disponibilização de gravações de áudio das ações educativas.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores.	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, médico cardiologista.	a) Pelo menos 8 visitas domiciliares; b) disponibilidade do telefone. Duração: 3 meses.
Courtney et al, 2012 ¹⁴	a) Treinamento de programa de exercícios; b) Orientações quanto a estratégias de manutenção de comportamentos	NA	NA	a) Uma visita domiciliar; b) 9 ligações telefônicas. Duração: 6 meses.

	saudáveis.			
Xueyu et al, 2017 ¹⁵	a) Orientações sobre o gerenciamento dos sintomas e terapêutico da IC (instrução oral e escrita); b) Treinamento de programa de exercícios.	a) Solicitação aos participantes de documentação da adesão ao protocolo (diário de exercícios).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, médicos, farmacêuticos e nutricionista.	a) 7 ligações telefônicas. Duração: 3 meses.
Carvalho et al, 2019 ¹⁶	a) Treinamento do programa de exercícios (uso de cartilha).	a) Solicitação aos participantes de documentação da adesão ao protocolo (calendário mensal).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, cinesiólogos, fisioterapeutas, médicos geriatras, clínico geral.	a) Ligações telefônicas semanais. Duração: 3 meses.
Geng et al, 2019 ¹⁷	a) Orientações sobre o manejo do AVC e mudanças comportamentais para promoção de saúde (uso de cartilha); b) Treinamento dos cuidadores sobre exercícios e uso de equipamentos para executá-los após alta.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores; b) Solicitação aos cuidadores de registro dos comportamentos saudáveis executados (diário).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiras, médico neurologista, conselheira de reabilitação e psicóloga.	a) Visitas domiciliares semanais; b) Ligações telefônicas semanais. Duração: 3 meses.
Ko et al, 2019 ¹⁸	a) Orientações sobre controle da dor e de infecções, prevenção de quedas, melhora das AVD's (uso de cartilha); b) Demonstração de exercícios após AQ.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores e intervenções individualizadas.	NA	NA
Kitzman et al, 2021 ¹⁹	NA	NA	NA	a) 3 meses de sessões ambulatoriais e 3 meses de sessões domiciliares apoiadas por ligação telefônica. Duração: 6 meses.
Coskun, Duygulu, 2022 ²⁰	a) Treinamentos pré e pós-operatórios dos pacientes.	a) Cuidador familiar designado como membro da equipe de transição, participando ativamente dos processos.	a) Profissionais envolvidos: médico, enfermeiras, fisioterapeuta, nutricionista, cuidador/familiar.	a) 4 visitas domiciliares; b) Telefone disponível. Duração: 9 semanas.
Yang et al,	a) Orientações sobre	NA	NA	a) Ligações

2022 ²¹	autocuidado domiciliar, enfermagem de reabilitação, AVDs, prevenção de quedas, dieta e de complicações para pacientes com FOCV (uso de manual).			telefônicas semanais ou conforme necessário; b) Videochamadas quinzenais; c) comunicação via aplicativo de mensagem. Duração: 6 meses.
--------------------	---	--	--	---

* Incluindo pelo menos três disciplinas de saúde.

IC: Insuficiência Cardíaca; NA: Não Aplicada; AVC: Acidente Vascular Cerebral; AVD's: Atividades de Vida Diárias; AQ: Artroplastia de Quadril; FOCV: Fraturas Osteoporóticas por Compressão Vertebral.

DISCUSSÃO

Nesta revisão, observou-se carência de estudos primários no Brasil sobre o tema, apesar da ênfase dada ao estado funcional pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), onde a funcionalidade é pautada na promoção de ações de saúde e envelhecimento saudável²². Essa lacuna provoca inquietações, especialmente diante do constante aumento das hospitalizações neste grupo etário no país, correspondendo a cerca de um terço de todas as internações em 2022²³.

A desarticulação dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde brasileiro, especialmente entre a atenção primária e a atenção terciária²⁴, pode representar uma barreira na implementação de cuidados de transição. Em contrapartida, a nível global, existem modelos mistos, como nos Estados Unidos, que incluem cuidados subagudos, pós-agudos e instalações de enfermagem especializadas, na Austrália e no Canadá, com a implementação de Programas de Cuidados Transitórios²⁵.

O acompanhamento dos pacientes nesta revisão, variou entre duas semanas e seis meses, com predominância de três meses em 44% dos estudos^{13,15-17}. Contudo, destaca-se a ausência de um consenso em relação à duração ideal da intervenção durante a transição dos cuidados, apontando a necessidade de mais pesquisas para formulação de protocolos, pois o processo de hospitalização incide em declínio funcional devido à associação de fatores como alterações fisiológicas do envelhecimento, doença e rotinas hospitalares²⁶. Estes refletem em distúrbios na mobilidade, elevação do risco de quedas e prejuízo da autonomia para execução das atividades de vida diária^{27,28}.

Nesta revisão, estudos indicaram hospitalizações de origem clínica^{13-17,19}, envolvendo indivíduos com problemas cardiológicos^{13,15,19,20}. Nesse contexto, a

insuficiência cardíaca é a principal responsável por internações em pessoas mais velhas, estando associada a prejuízos na função física, levando a múltiplas internações²⁹. Um estudo implementou programa de transição, sem resultados significativos na função física¹³, enquanto outros dois enfocaram exercícios físicos, como caminhadas, evidenciando melhorias funcionais^{15,19}. Embora um conjunto de ações voltadas para o autocuidado impacte positivamente na funcionalidade e outros desfechos de saúde, o exercício físico personalizado e progressivo aprimora a função física em pacientes cardiopatas no contexto de transição²⁹.

Entre as intervenções utilizadas nos estudos para promover a funcionalidade, destacaram-se: treinamentos baseados em informação de saúde e participação ativa das pessoas idosas e cuidadores juntamente com equipe multidisciplinar na tomada das decisões para autogestão em saúde³⁰⁻³². A educação em saúde foi utilizada em 89% dos estudos^{13-18,20,21}, que objetiva a apropriação de temas relacionados à saúde pela população, aumentando a autonomia das pessoas no seu cuidado³³.

As adaptações são promovidas por meio de conhecimentos, desenvolvimento de estratégias e habilidades através de recursos e competências psicossociais individuais. Entretanto, para isso, é preciso envolver ativamente os participantes no processo de cuidado, bem como nas tomadas das decisões. Ao envolver as pessoas em seu autocuidado, é possível promover consciencialização e, conseqüentemente, engajamento, importantes elementos para uma transição saudável conforme Meleis⁷.

O envolvimento ativo dos participantes, foi observado em 66% dos estudos^{13,15-18,20} isto ocorre quando o plano de cuidados está alinhado com as preferências, valores e objetivos das pessoas idosas e seus cuidadores familiares^{34,35}. Autores mostraram que modelos de cuidados de transição envolvendo diretamente as pessoas no seu cuidado, reduziram readmissões hospitalares e o estresse dos cuidadores^{30,36,37}. Ademais, durante o processo, a equipe multidisciplinar deve atentar-se aos cuidadores, pois a sobrecarga destes e acúmulo de responsabilidades se somam às dificuldades encontradas para estabelecer uma boa relação com a equipe e, conseqüentemente, uma transição bem sucedida^{37,38}.

Conforme Meleis⁷, transformações decorrentes da nova condição de saúde geram concepções, pensamentos, enfrentamentos, papéis e padrões de resposta à nova situação, as chamadas adaptações. Assim, pessoas em transição de cuidados

sentem a necessidade de serem apoiadas por um profissional para elucidar suas dúvidas³⁹.

A maioria dos estudos desta revisão utilizaram abordagem com equipe multidisciplinar^{13,15-17,20}. A implementação de multidisciplinariedade em saúde implica no compartilhamento de conhecimento, potencialização de ações e compromisso junto aos usuários³³. Entretanto, o enfermeiro foi o profissional de saúde mais citado^{13-18,20,21}. Seu papel como coordenador da transferência do cuidado está posto em grande parte da literatura científica nacional e internacional^{35,39,40}, embora os autores pontuem a capacidade de outras categorias profissionais assumirem essa coordenação³⁵, como fisioterapeutas e cinesiologistas em um estudo no qual a base da intervenção foi o treinamento físico¹⁹.

O acompanhamento pós-alta ocorreu na maioria dos estudos^{12-17,19-21}. Autores afirmam que este impede a interrupção dos cuidados quando ocorre transferência entre ambientes^{34,39}, e intervenções iniciadas antes da alta, continuando após esta, são mais eficazes na redução de readmissões hospitalares⁴⁰. Entretanto, um estudo não realizou acompanhamento após alta¹⁸, baseando a intervenção apenas no planejamento e preparação para o retorno ao lar. Neste, com pessoas idosas submetidas a artroplastia do quadril, a intervenção ocorreu durante o internamento, com avaliações conforme a teoria das transições⁷ nos momentos pré e pós-cirurgia. O grupo intervenção apresentou redução do declínio funcional, melhor pontuação para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e velocidade de caminhada, além de diminuição do medo de cair.

Durante o acompanhamento pós-alta, os estudos incluídos nesta revisão utilizaram avaliação do domicílio para sugerir intervenções de melhoria do ambiente, para adaptação e redução de barreiras arquitetônicas. Assim, a visita domiciliar foi realizada em cinco estudos^{13,14, 17,19,20}. A avaliação domiciliar seja por fotografia ou por visita ajuda a equipe multidisciplinar identificar barreiras e facilitadores para a transição⁴⁰, auxiliando na criação de estratégias e enfrentamento, prevenindo situações e empoderando as potencialidades para novo reordenamento do contexto social e familiar. Conforme Meleis⁷, a preparação do ambiente e os aspectos econômicos necessários, atuam como facilitadores para a transição.

Como estratégia de acompanhamento, os telefonemas foram utilizados pela maioria^{13-17,19-21}. Ligações telefônicas auxiliam a transição eficaz, resolvendo lacunas de atendimento e dúvidas residuais; e se mostraram eficazes em outros estudos^{41,42}.

Entretanto, autores sugerem entre duas a três ligações após retorno domiciliar, visto que uma única ligação foi insuficiente para promover adesão ao plano de alta⁴¹.

Quanto aos protocolos de reabilitação física, as intervenções com exercícios e/ou caminhadas^{14,15,16,19} como principal componente obtiveram resultados positivos na funcionalidade, embora em uma revisão sistemática tenha-se observado poucas mudanças consistentes na saúde física ou no funcionamento independente dos participantes⁴³. A literatura científica^{2,25,28,29,37,38,40} alerta sobre a necessidade de observar, prevenir e intervir em déficits funcionais para transição de ambientes de cuidado. Pessoas idosas e cuidadores necessitam do apoio de profissionais, rede social e de saúde para vivenciar experiências favoráveis com intervenções continuadas no ambiente doméstico visando progressão da capacidade funcional quando possível. Pesquisas precisam avançar em modelos de transições que incluam intervenções físicas factíveis para guiar profissionais de saúde e apoiar pessoas idosas e cuidadores.

Esta revisão tem como limitação, a ausência da produção científica nacional neste período, dificultando a visualização da realidade brasileira sobre o tema.

CONCLUSÃO

Entre as intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital-domicílio, destacam-se ações pautadas no monitoramento e acompanhamento após a alta hospitalar, envolvimento ativo das pessoas idosas, cuidadores familiares e equipe multidisciplinar, educação em saúde e ações baseadas em programa de exercícios e caminhadas.

O estudo revelou que para promoção da funcionalidade no cuidado de transição hospital-domicílio, é necessário construir um planejamento da alta hospitalar direcionado também a função física, para prevenir e/ou atenuar incapacidade funcional, pois ações para promoção da função física na prática assistencial são pouco priorizadas.

Destarte, a revisão sinaliza para a necessidade de novas pesquisas, sobretudo no Brasil, abordando intervenções no cuidado de transição de forma mais definida, a fim de manter e recuperar a funcionalidade de pessoas idosas após a hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa BR, Almeida JM de, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19:3317–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
2. Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(3):486–95. Disponível em: [10.1111/jgs.16350](https://doi.org/10.1111/jgs.16350)
3. Organização Mundial da Saúde OP de S. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. 1º ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso 16 set 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111
4. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134–8. Disponível em: [10.23736/S1973-9087.17.04565-8](https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8)
5. Costa MFBNA da, Sichieri K, Poveda V de B, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20200187. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
6. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016 [acesso 12 set 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28. Disponível em: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)
8. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53. Disponível em: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 5 de dezembro de 2016;5(1):210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de março de 2021;372:n71. Disponível em: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3º ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized,

- Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(5):675–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>
14. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, et al. Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(1):128–34. Disponível em: [10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x)
 15. Xueyu L, Hao Y, Shunlin X, Rongbin L, Yuan G. Effects of Low-Intensity Exercise in Older Adults With Chronic Heart Failure During the Transitional Period From Hospital to Home in China: A Randomized Controlled Trial. *Res Gerontol Nurs.* 2017;10(3):121–8. Disponível em: [10.3928/19404921-20170411-02](https://doi.org/10.3928/19404921-20170411-02)
 16. Carvalho LP, Kergoat MJ, Bolduc A, Aubertin-Leheudre M. A Systematic Approach for Prescribing Posthospitalization Home-Based Physical Activity for Mobility in Older Adults: The PATH Study. *J Am Med Dir Assoc.* outubro de 2019;20(10):1287–93. Disponível em: [10.1016/j.jamda.2019.01.143](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.143)
 17. Geng G, He W, Ding L, Klug D, Xiao Y. Impact of transitional care for discharged elderly stroke patients in China: an application of the Integrated Behavioral Model. *Top Stroke Rehabil.* dezembro de 2019;26(8):621–9. Disponível em: [10.1080/10749357.2019.1647650](https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1647650)
 18. Ko Y, Lee J, Oh E, Choi M, Kim C, Sung K, et al. Older Adults With Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses.* 2019;44(4):203–12. Disponível em: [10.1097/rnj.0000000000000120](https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000120)
 19. Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, Pastva AM, Mentz RJ, Reeves GR, et al. Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure. *N Engl J Med.* 2021;385(3):203–16. Disponível em: [10.1056/NEJMoa2026141](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2026141)
 20. Coskun S, Duygulu S. The effects of Nurse Led Transitional Care Model on elderly patients undergoing open heart surgery: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2022;21(1):46–55. Disponível em: [10.1093/eurjcn/zvab005](https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab005)
 21. Yang W, Xu H, Miao W, Geng Z, Geng G. Effects of transitional care based on the social support theory for older patients with osteoporotic vertebral compression fractures: A quasi-experimental trial. *Australas J Ageing.* 2023;42(1):185–94. Disponível em: [10.1111/ajag.13129](https://doi.org/10.1111/ajag.13129)
 22. Brasil. Portaria N. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Portaria N.2528/2006, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS - DATASUS [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS); 2023 [acesso 15 jan 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
 24. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20210145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>

25. McGilton KS, Vellani S, Krassikova A, Robertson S, Irwin C, Cumal A, et al. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):210. Disponível em: [10.1186/s12877-021-02099-9](https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9)
26. Tavares JP de A, Nunes LANV, Grácio JCG. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29:e3399. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>
27. Wang MC, Liao WC, Lee KC, Lu SH, Lin YP. Validation of Screening Tools for Predicting the Risk of Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(11):6685. Disponível em: [10.3390/ijerph19116685](https://doi.org/10.3390/ijerph19116685)
28. Falvey JR, Burke RE, Malone D, Ridgeway KJ, McManus BM, Stevens-Lapsley JE. Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community. *Phys Ther.* 2016;96(8):1125–34. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150526>
29. Kitzman DW, Haykowsky MJ, Tomczak CR. Making the Case for Skeletal Muscle Myopathy and Its Contribution to Exercise Intolerance in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Circ Heart Fail.* 2017;10(7):e004281. Disponível em: [10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.0042814](https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.0042814)
30. Nakahara-Melo M, Conceição AP da, Cruz D de ALM da, Püschel VA de A. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20210123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
31. Butler J, Petrie MC, Bains M, Bawtinheimer T, Code J, Levitch T, et al. Challenges and opportunities for increasing patient involvement in heart failure self-care programs and self-care in the post-hospital discharge period. *Res Involv Engagem.* 2023;9(1):23. Disponível em: [10.1186/s40900-023-00412-x](https://doi.org/10.1186/s40900-023-00412-x)
32. Liu S, Xiong X yun, Chen H, Liu M die, Wang Y, Yang Y, et al. Transitional Care in Patients with Heart Failure: A Concept Analysis Using Rogers' Evolutionary Approach. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023;16:2063–76. Disponível em: [10.2147/RMHP.S427495](https://doi.org/10.2147/RMHP.S427495)
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2^o ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
34. Lawton R, Murray J, Baxter R, Richardson G, Cockayne S, Baird K, et al. Evaluating an intervention to improve the safety and experience of transitions from hospital to home for older people (Your Care Needs You): a protocol for a cluster randomised controlled trial and process evaluation. *Trials.* 2023;24(1):671. Disponível em: [10.1186/s13063-023-07716-z](https://doi.org/10.1186/s13063-023-07716-z)
35. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmel M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):345. Disponível em: [10.1186/s12877-020-01747-w](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w)

36. Maleki M, Mardani A, Iloonkashkooli R, Khachian A, Glarcher M, Vaismoradi M. The effect of hospital-to-home transitional care using a digital messaging application on the health outcomes of patients undergoing CABG and their family caregivers: a randomized controlled trial study protocol. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:1224302. Disponível em: [10.3389/fcvm.2023.1224302](https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1224302)
37. Sun M, Liu L, Wang J, Zhuansun M, Xu T, Qian Y, et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Front Public Health.* 2023;11:1047723. Disponível em: [10.3389/fcvm.2023.1224302](https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1224302)
38. Kraun L, De Vliegheer K, Vandamme M, Holtzheimer E, Ellen M, van Achterberg T. Older peoples' and informal caregivers' experiences, views, and needs in transitional care decision-making: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2022;134:104303. Disponível em: [10.1016/j.ijnurstu.2022.104303](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104303)
39. Pedrosa ARC, Ferreira ÓR, Baixinho CRSL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210399. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
40. Santos JMD, Pedreira LC, Góes RP, Amaral JBD, Baixinho CL, Souza MAAD. Influência das ações dos profissionais de saúde na adaptação de pessoas idosas em domicílio após internamento por quedas: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2023;26:e230162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230162.pt>
41. Bhandari N, Epane J, Reeves J, Cochran C, Shen J. Post-Discharge Transitional Care Program and Patient Compliance With Follow-Up Activities. *J Patient Exp.* 2022;9:23743735221086756. Disponível em: [10.1177/23743735221086756](https://doi.org/10.1177/23743735221086756)
42. Jones B, James P, Vijayasiri G, Li Y, Bozaan D, Okammor N, et al. Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home. *JAMA Netw Open.* 2022;5(5):e2210774. Disponível em: [10.1001/jamanetworkopen.2022.10774](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774)
43. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Moranl C, Morris H, et al. The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc.* 2021;40(11):1628–36. Disponível em: [10.1177/0733464820968712](https://doi.org/10.1177/0733464820968712)

4.2 MANUSCRITO 2

Trajectoria da funcionalidade de pessoas idosas no Brazil antes, durante e após hospitalização: estudo coorte

Trajectory of functionality of elderly people in Brazil before, during and after hospitalization: cohort study

Resumo

Objetivo: Comparar a funcionalidade de pessoas idosas antes, durante e dois meses após hospitalização. **Métodos:** Coorte realizada entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024 em três etapas, sendo as duas primeiras durante a internação e a terceira no segundo mês após alta hospitalar. Foram avaliadas pessoas idosas internadas em um Hospital Universitário do nordeste brasileiro quanto à funcionalidade considerando: a mobilidade em quatro momentos (M0 a M3), a independência funcional e atividade e participação social em dois momentos (M0 e M3), sendo antes (M0), durante (M1 e M2) e dois meses após a alta (M3). A comparação entre os momentos da mobilidade utilizou o teste de *Freidman*. Para a independência funcional e atividade e participação social, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*. Durante hospitalização, foram dadas orientações fisioterapêuticas direcionadas à continuidade dos cuidados no domicílio. Após alta, o acompanhamento foi realizado por contato telefônico. **Resultados:** Foram incluídos 61 participantes com idade média de 69,57 anos, admitidos principalmente por problemas cardiovasculares e neurológicos. Concluíram o acompanhamento 23 participantes. Da casuística, tiveram prejuízos: na mobilidade 27,9% entre M0 e M2 e 13% entre M2 e M3 (IC 95%, P= 0,00), 26,1% na independência funcional (IC 95%, P= 0,60) e 35,1% na atividade e participação social (IC 95%, P= 0,59) entre M0 e M3. **Conclusão:** A hospitalização pode causar danos à funcionalidade de pessoas idosas do Brasil. Alerta-se para desenvolvimento de ações de manutenção e recuperação da funcionalidade dessa população.

Descritores: Fisioterapia; hospitalização; estado funcional; idoso; cuidado transicional.

Abstract

Objective: To compare the functionality of elderly people before, during and two months after hospitalization. **Methods:** Cohort carried out between February 2023 and January 2024 in three stages, the first two during hospitalization and the third in the second month after hospital discharge. Elderly people admitted to a University Hospital in northeastern Brazil were evaluated regarding functionality considering: mobility in four moments (M0 to M3), functional independence and activity and social participation in two moments (M0 and M3), and before (M0), during (M1 and M2) and two months after discharge (M3). The comparison between mobility moments used the *Freidman* test. For functional independence and activity and social participation, the *Wilcoxon* test was used. During hospitalization, physiotherapeutic guidance was given aimed at continuing care at home. After discharge, follow-up was carried out by telephone. **Results:** 61 participants were included, with an average age of 69.57 years, admitted mainly due to cardiovascular and neurological problems. 23 participants completed the follow-up. From the sample, there were losses: in mobility 27.9% between M0 and M2 and 13% between M2 and M3 (95% CI, P= 0.00), 26.1% in functional independence (95% CI, P= 0.60) and 35.1% in social activity and participation (95% CI, P= 0.59) between M0 and M3. **Conclusion:** Hospitalization can cause damage to the functionality of elderly people in Brazil. It is important to develop actions to maintain and recover the functionality of this population.

Descriptors: Physical therapy modalities; hospitalization; functional status; aged, transitional care.

Introdução

Pessoas idosas estão em risco de declínio funcional durante e principalmente após a hospitalização, decorrendo em dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD's)(1), que originada durante o internamento hospitalar, é denominada incapacidade associada à hospitalização (IAH)(2).

A reduzida mobilidade intra-hospitalar junto às alterações cognitivas e emocionais podem desencadear dependência funcional após a alta (3) com sobrecarga dos cuidadores (4,5), reinternações (6,7), institucionalização em lares de idosos (2,4,5,6,8) e até mesmo a morte (2,4,5,6,8,9). Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a funcionalidade como indicador de saúde, podendo ser utilizada para avaliar resultados de intervenções, serviços de saúde e impactos na experiência vivida (10).

É fundamental fomentar a funcionalidade durante a hospitalização de pessoas idosas, e dar continuidade no período da transição entre o hospital e a comunidade, pois a abordagem dos cuidados transicionais abrange um conjunto de ações em saúde importantes para melhora da função física (11,12), especialmente em situação de fragilidade. (13).

No Brasil, a hospitalização deste grupo etário corresponde a cerca de 30% de todas as internações (14), que devido às suas complexas necessidades de saúde consomem grande parte dos recursos dos sistemas de saúde (15), demandando mais de serviços de reabilitação (2,15) e apoio para retornarem aos seus lares (16).

Diversas coortes realizadas em países desenvolvidos (4,5,17,18) acompanharam pessoas idosas após a hospitalização por períodos longos após a alta, porém pouco representativos para o contexto dos idosos brasileiros. Estudos sobre essa temática são escassos no país, embora pesquisas (3,19,20) tenham avaliado a funcionalidade em unidades de internação durante os momentos de pré-admissão, da alta e 30 dias após a alta hospitalar.

Nacionalmente não foram encontrados estudos comparando a funcionalidade entre estes momentos sob a ótica da atividade e participação social.

É relevante realizar estudos dessa natureza com pessoas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois a IAH traz repercussões para pacientes, familiares/cuidadores, profissionais de saúde e ao sistema financeiro de saúde, sendo urgente dar visibilidade ao tema e articular intervenções. Ademais, conhecer o impacto na função física dos usuários do SUS no nordeste brasileiro é pertinente devido às características inerentes a sua população, impactadas por fatores socioeconômicos e culturais singulares.

Diante disto, esse estudo teve como objetivo comparar a trajetória da funcionalidade de pessoas idosas antes, durante a hospitalização e até dois meses de alta hospitalar, considerando na funcionalidade os aspectos da mobilidade, independência funcional, atividade e participação social.

Métodos

Desenho do estudo

Estudo de coorte, que utilizou uma coleta de dados ambispectiva. A sua apresentação seguiu as diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)* (21).

Local da pesquisa

Sete enfermarias (cinco clínicas e duas cirúrgicas) de um hospital universitário e o domicílio das pessoas idosas que contavam com auxílio de cuidadores/ familiares, após a alta hospitalar.

Participantes do estudo

Pessoas idosas admitidas nas enfermarias do hospital universitário. Em caso de impossibilidade de responder aos questionamentos por afasia ou outra condição clínica, o familiar responsável foi abordado. A amostra foi não probabilística, por conveniência, através de busca ativa ao mapa de distribuição e atendimentos do serviço de fisioterapia, três vezes por semana, em dias alternados.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade ≥ 60 anos, hospitalizados entre sete (7) e vinte oito (28) dias no momento do recrutamento, e em tratamento fisioterapêutico durante a hospitalização. Excluiu-se pacientes recrutados, mas que apresentaram agravamento do quadro clínico com transferência para unidade de terapia intensiva (UTI) ou outra unidade hospitalar, e que não disponibilizavam de um *smartphone* com aplicativo de *WhatsApp*® instalado para acesso à internet diante da necessidade do acompanhamento após a alta. Os participantes elegíveis foram convidados a participar da pesquisa e depois de esclarecidas as dúvidas, os que aceitaram assinaram o termo de conhecimento livre e esclarecido (TCLE). Este foi assinado pelo paciente ou seu familiar responsável a depender da situação.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre de fevereiro de 2023 e janeiro de 2024, através de três etapas, as quais envolveram quatro momentos (M0 a M3), descritos a seguir e demonstrados na, figura 1:

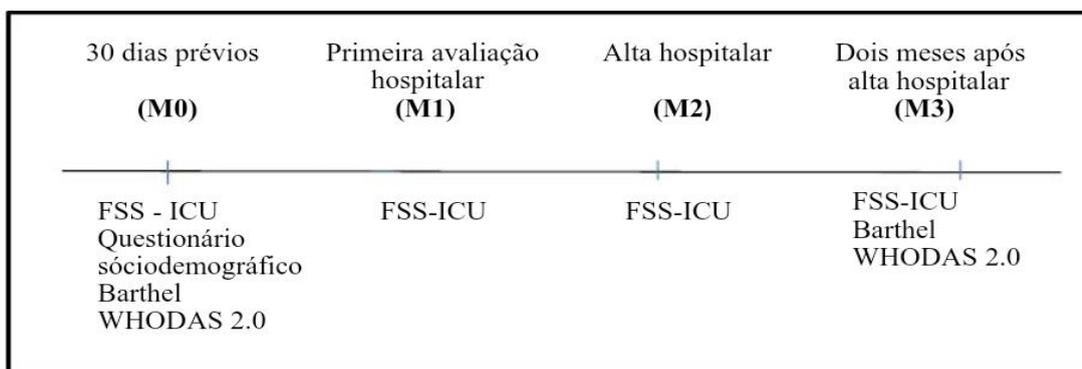
- 1ª etapa (fevereiro a novembro de 2023 – M0 e M1) – ocorreu na inclusão do paciente no estudo com dois momentos.
 - M0: coleta de informações quanto à funcionalidade prévia através do *Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU)* (coletado em prontuário por auto-relato); abordagem dos pacientes/familiares responsáveis para aplicação dos instrumentos *World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, índice de

Barthel referente aos 30 dias anteriores à hospitalização (auto-relato) e questionário sóciodemográfico.

- M1: coleta de dados do *FSS-ICU* na primeira avaliação do fisioterapeuta hospitalar (coletado em prontuário). Ressalta-se que no serviço lócus, esta primeira avaliação ocorre quando da estabilidade clínica e colaboração do paciente. Nesta pesquisa, todas as avaliações ocorreram na primeira semana de internação. Durante a internação hospitalar, os pacientes foram submetidos ao tratamento fisioterapêutico padrão.

- 2ª etapa (fevereiro a novembro de 2023 - M2) - coleta de informações relacionadas ao *FSS-ICU* registrado em prontuário pela fisioterapia na ocasião da alta hospitalar.
- 3ª etapa (abril de 2023 a janeiro de 2024 – M3) - coleta de dados dois meses após a alta hospitalar, quando os instrumentos foram replicados através de vídeo chamada via aplicativo *Whapp*®. Essa etapa foi conduzida por uma fisioterapeuta assistencial do Hospital Universitário e uma equipe composta por cinco graduandos em fisioterapia, bolsistas e voluntários, que receberam treinamento prévio, para minimizar vies.

Figura 1. Linha do tempo da aplicação dos instrumentos para coleta de dados.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para conhecer o perfil sóciodemográfico e o estado de saúde dos participantes, foi aplicado um questionário estruturado com informações sobre sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, quantidade de pessoas residentes na casa, renda familiar, região de

residência, quantidade de pessoas que auxiliam no cuidado e vínculo com o cuidador principal. Esse foi aplicado durante entrevista realizada na etapa 1, M0.

A avaliação do estado funcional foi realizada com base nos instrumentos *FSS-ICU*, *Whodas 2.0* e o Índice de Barthel. O *FSS-ICU* tem a função de mensurar estados funcionais, através do desempenho de pacientes em tarefas básicas na beira do leito, como rolar no leito, transferir-se da posição supina para sentada, transferir-se da posição sentada para em pé, sentar-se à beira do leito e deambular (22).

O índice de Barthel modificado foi utilizado para mensurar a independência funcional para ABVD's por ser sensível em diferentes perfis de dependência e independência funcional. Avalia dez ABVD's: comer, realizar higiene pessoal, banhar-se, utilizar o vaso sanitário, vestir-se e despir-se, controlar os esfíncteres, transferir-se da cadeira para cama, subir e descer escadas, deambular (alternativo para cadeira de rodas) (23).

O WHODAS 2.0 avalia a condição de saúde e funcionalidade, mensura limitações comportamentais e restrições de atividade e participação social percebida pela pessoa sob qualquer situação de saúde (24, 25). Seus domínios são Cognição - aprendizado e comunicação; Mobilidade - movimentar-se dentro e fora de casa; Autocuidado - higiene, alimentar-se e ficar sozinho; Relações Interpessoais - interações com outras pessoas; Atividades de vida - atividades diárias (domésticas, lazer, trabalho e escola); Participação-atividades sociais, comunitárias e Barreiras ambientais; (24). Quanto mais alto o escore, pior a deficiência observada. Para esse estudo optou-se pela versão de 12 itens, por ser breve e facilmente aplicada nos ambientes desta pesquisa.

Ao longo do internamento, os participantes tiveram orientações fisioterapêuticas direcionadas à continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e retorno domiciliar. As orientações consistiam em treinamento na beira do leito e entrega de cartilha de exercícios

fisioterapêuticos prescritos conforme necessidade individual. Após alta hospitalar, os participantes receberam seis contatos; semanais no primeiro mês e de forma quinzenal no segundo mês, por chamadas telefônicas ou via aplicativo de *WhatsApp*® para manutenção de vínculo durante acompanhamento do estudo e para dirimir dúvidas sobre o plano de cuidados de exercícios fisioterapêuticos fornecidos no período hospitalar.

Inferência estatística

Para responder à questão de estudo foi realizado um cálculo amostral utilizando um estudo anterior como referência (26). Para realizar o cálculo amostral foi utilizado o sistema online gratuito para estatísticas epidemiológicas OpenEpi, que possui licença de código livre (27). Com base na média encontrada no estudo de referência (20,34 – 5,3), sendo considerado um intervalo de confiança de 95%, um poder de 80% e uma variação em torno de 20% para o WHODAS, o que gerou uma amostra de 32 pacientes.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada pelo *Software Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 18.0. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* verificou a distribuição anormal dos dados. A estatística descritiva apresentou as variáveis nominais descritas em porcentagem e as quantitativas em mediana e intervalo interquartil, sendo a variável dependente principal a mobilidade e as secundárias a independência funcional, atividade e participação social.

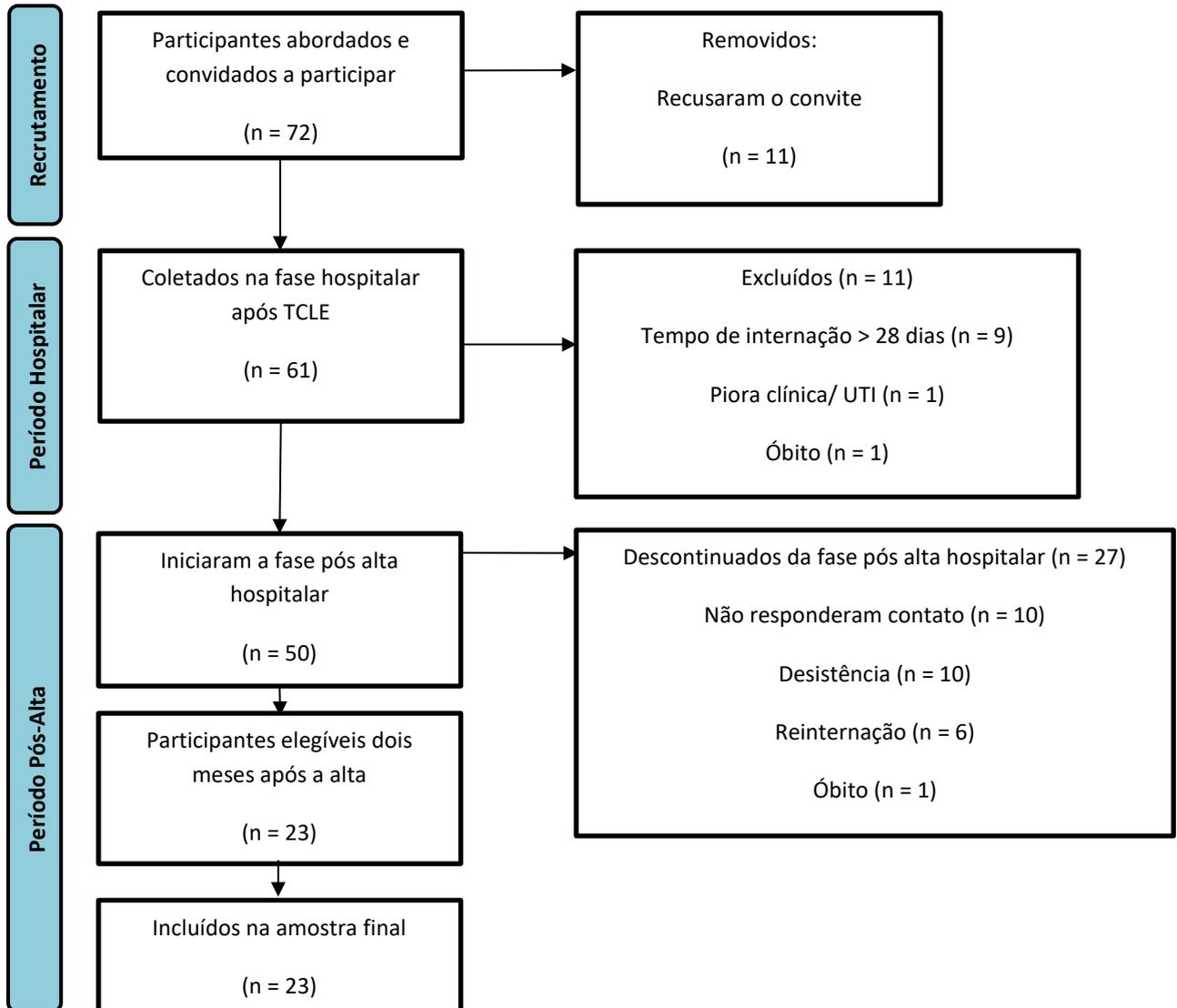
Foram consideradas variáveis independentes dados sócio-demográficos e clínicos. Para determinar as diferenças nos resultados ao longo do tempo nos valores para mobilidade nos quatro momentos, foi utilizado o teste não paramétrico de *Friedman* para análise de medidas repetidas. Já para as diferenças nos valores de independência funcional, atividade e

participação social, foi utilizado o Teste de *Wilcoxon* para comparação entre M0 e M3. Considerou-se o intervalo de confiança de 95%, e a significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

A amostra foi composta inicialmente por 61 participantes nas fases 1 e 2, as quais compreenderam M0, M1 e M2 durante a internação hospitalar, sendo que 23 participaram até a fase 3 (M3), finalizando dois meses de acompanhamento. Os motivos para saída destes pacientes estão descritos na figura 2.

Figura 2. Diagrama de fluxo dos pacientes do estudo.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os 61 participantes possuíam idade média de 69,6(6,2) anos, com predomínio de motivo de internação cardiológico e neurológico (64%); a média de tempo de internação foi de 19,9(14,2) dias. Os dados descritivos foram apresentados conforme caracterização da amostra na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra de idosos avaliados. Salvador, 2024.

	Participantes (61 pacientes)	
	N (%)	Média (DP)
Idade (anos)		69,57 (6,21)
Sexo		
Feminino	31 (50,8)	
Raça		
Preto	52 (85,3)	
Escolaridade		
Fundamental completo e incompleto	46 (75,4)	
Renda		
Até 1SM ^a	54 (88,5)	
Residência		
Salvador e região metropolitana	32 (52,5)	
Estado Civil		
Casado	30 (49,2)	
Motivo de admissão hospitalar		
Cardiovascular	22 (36,1)	
Neurologia	17 (27,9)	
Gastrohepatologia	11 (18,0)	
Tratamento		
Clínico	42 (68,9)	
Tempo de internamento (dias)		19,9 (14,2)

Fonte: Elaborado pelos autores.

^a Salário-mínimo no valor de R\$1320,00

Dos 50 participantes que iniciaram o acompanhamento após a alta hospitalar (figura 2), 46% concluíram o acompanhamento, 20% não responderam ao contato após a alta, 20% desistiram de participar do estudo ao longo do acompanhamento, 12% foram reinternados e 2% tiveram óbito como desfecho. Apenas um terço dos pacientes finalizou o acompanhamento 65,5% atenderam pelo menos uma ligação e 27,86 % atenderam a todas as seis ligações de acompanhamento.

Em relação à mobilidade, houve diferença significativa entre os quatro momentos com valor de $p = 0,00$ ($p < 0,005$). A independência funcional e atividade e participação social variaram entre os momentos M0 e M3, porém sem diferença estatisticamente significativa com os valores respectivamente de $p = 0,60$ ($p < 0,005$) e $p = 0,59$ ($p < 0,005$) conforme tabela 2.

Tabela 2. Variação dos escores de mobilidade, independência funcional e atividade e participação social da amostra durante acompanhamento. Salvador, 2024.

	M0 ^a (n = 61)	M1 ^b (n = 61)	M2 ^c (n = 61)	M3 ^d (n = 23)	Valor-p
FSS ^e	35,0 (35,0-33,5)	29 (34,0-19,5)	31 (35,0-23,5)	34 (35,0-31,0)	0,00
Barthel	48,0 (50,0-40,0)	NA ^{f,g}	NA ^{f,g}	49 (50,0-41,0)	0,60
Whodas	28,0 (34,5-16,0)	NA ^{f,g}	NA ^{f,g}	26 (35,0-17,0)	0,59

Fonte: Elaborado pelos autores.

^a Momento 0 - 30 dias prévios a admissão hospitalar

^b Momento 1 - primeira avaliação

^c Momento 2 - alta hospitalar

^d Momento 3 - 2 meses após alta hospitalar

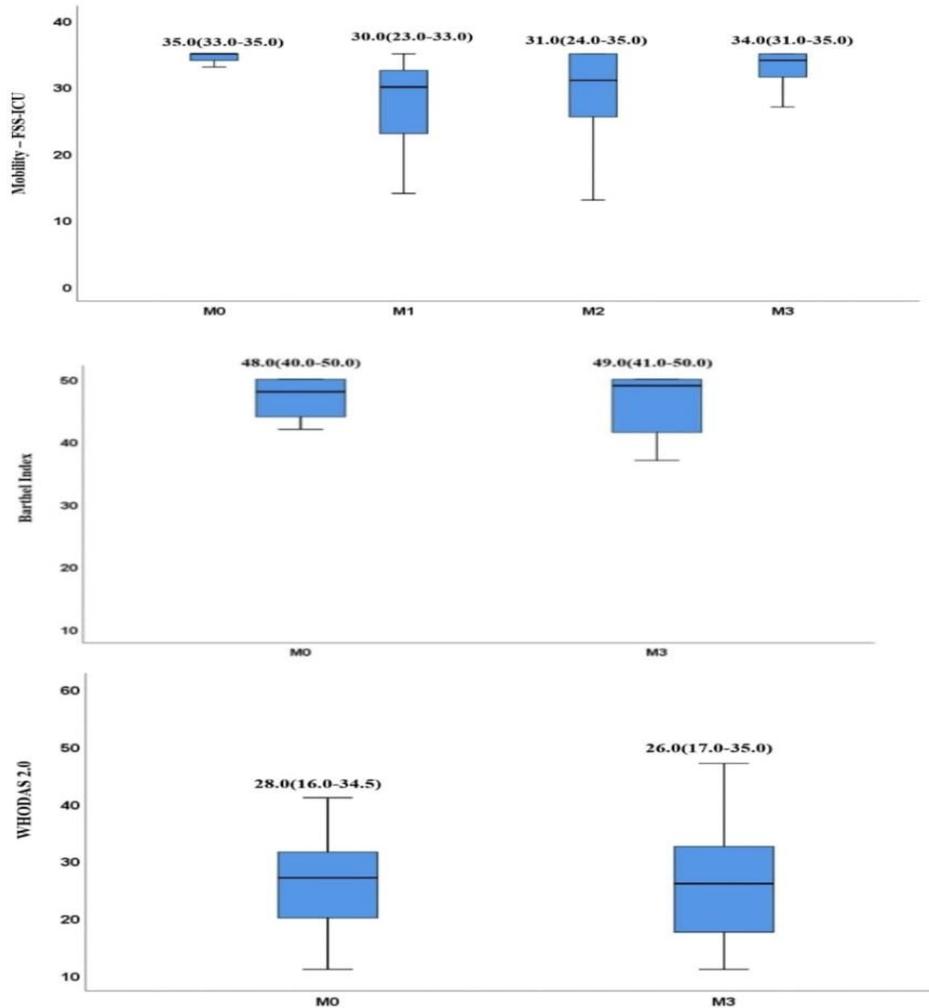
^e Teste de *Friedman*

^f Não se aplica

^g Teste de *Wilcoxon*

A trajetória da funcionalidade variou conforme descrito na figura 3.

Figura 3. Variação da funcionalidade da amostra durante o acompanhamento.



Durante a internação hospitalar, a mobilidade apresentou melhora em 44,2% dos participantes entre M1 e M2, piora em 27,9 % e manutenção em 26,2%. Sobre o M3 e M2 dos 23 participantes, 65,2% continuaram o ganho funcional, 13% tiveram perda e 21,7% mantiveram a mobilidade no período entre a alta hospitalar e ao final dos dois meses após hospitalização. Em relação à recuperação ao final de dois meses comparado ao M0 (estado prévio), 52,2% mantiveram a mobilidade, 39,1% tiveram perdas e 8,7% obtiveram incrementos de mobilidade.

A independência funcional entre os participantes acompanhados até dois meses de alta hospitalar e a baseline (M0 e M3) melhorou em 39,1% da amostra, 34,8% mantiveram e

26,1% pioraram. Na avaliação da atividade e participação social, 56,52% melhorou, 35,14% piorou e 4,34% manteve os escores da baseline.

DISCUSSÃO

O estudo identificou uma diferença na mobilidade entre os momentos de 30 dias prévios a internação (M0), primeira avaliação hospitalar (M1), alta hospitalar (M2) e dois meses após alta hospitalar (M3). Entretanto, não houve diferença nos valores de atividade e participação social entre M0 e M3. Este é o primeiro estudo realizado no nordeste brasileiro que avalia a funcionalidade sob a perspectiva da mobilidade, independência funcional, atividade e participação social de pessoas idosas desde 30 dias prévios a admissão até dois meses de alta em uma unidade hospitalar do SUS.

Apesar da ausência de significância, foi possível observar um comportamento heterogêneo da amostra, onde alguns pacientes melhoraram, alguns perderam e outros mantiveram a funcionalidade, o que justifica a importância do cuidado individualizado, de forma a garantir uma maior reinserção social de pessoas idosas após internação, durante esse processo de transição de cuidado hospital-domicílio.

O tempo médio de hospitalização foi de aproximadamente 20 dias, considerado alto em comparação a outros estudos (7,19,20). Esse fato possivelmente pode estar relacionado às características intrínsecas locais da população estudada e também devido à fragilidade do cuidado geriátrico/gerontológico, quando comparado a outros serviços melhor estruturados para esta população na região sudeste do Brasil e em países mais desenvolvidos. Ademais a longa estadia hospitalar pode ter aumentado o declínio funcional e interferido nos resultados da mobilidade, independência funcional e atividade e participação social.

A significativa perda dos participantes ao longo do acompanhamento revela uma baixa aderência das pessoas idosas e seus cuidadores aos contatos telefônicos ou por aplicativo

WhatsApp®. Estudo longitudinal de acompanhamento após a alta de 197 pessoas através de contato telefônico observou que apesar das entrevistas presenciais serem dispendiosas e demoradas, elas protegem melhor a coleta das interferências que o meio digital propicia (28). Diversas hipóteses foram levantadas para explicar a baixa aderência no estudo.

Primeiro, a conscientização do autocuidado e a necessidade da manutenção destes após um episódio de hospitalização, provavelmente ocasionados pela baixa escolaridade da amostra. Segundo, o contexto familiar e o revezamento entre os cuidadores, gerando sobrecarga e indisponibilidade de se disporem a pausar suas atividades para responderem as ligações. Terceiro, a baixa aptidão das pessoas idosas em manusear dispositivos de *smartphone* ou impossibilidade de manusear por questões físicas ou cognitivas, dependendo de terceiros para realização desta tarefa. A exclusão digital está relacionada a limitações nas ABVD's e dependência funcional da pessoa idosa, trazendo prejuízos no acesso a informações, participação social, consultas com profissionais de saúde e no monitoramento da gestão da saúde (29). Quarto, o fato de que muitas pessoas moram em locais com difícil sinal para conexão de internet. Estas hipóteses reforçam a ideia de que é preciso trabalhar bem estas pessoas, na medida do possível, ao longo do internamento, aproveitando a oportunidade do contato presencial.

O presente estudo encontrou uma taxa de perda da mobilidade na alta hospitalar de 27,9%; aliado a isso, a dependência funcional e a limitação de atividade e participação social acometeram cerca de um terço dos participantes ao final do acompanhamento. Esses achados são condizentes com estudos que encontraram uma taxa de prevalência de IHA em idosos de 30% (2,5,18). Entretanto, apesar da longa estadia hospitalar encontrada nesse estudo, o declínio funcional se manteve pouco abaixo da prevalência mundial de 30% conforme meta-análise de Loyd *et al.*, (2020).

Estudos nacionais encontraram taxas de declínio funcional variando de 19,1% a 52,5% (3,19,20). A disparidade das taxas encontradas pode ser elucidada pela não uniformidade dos instrumentos utilizados (Brazilian OARS Mul-tidimensional Functional Assessment Questionnaire-BOMFAQ e escala de Katz), dificultando a padronização dos dados. Ademais, um dos estudos (3) possui um perfil de pacientes predominantemente cirúrgicos eletivos (70%), o que pode ter influenciado nos resultados, devido à perda de autonomia anterior a cirurgia pelo problema de saúde que a ocasionou, a necessidade de assistência de terceiros e das novas incapacidades funcionais próprias de uma cirurgia (30 31,32).

O presente estudo também preparou pessoas idosas para a continuidade do cuidado na comunidade, a fim de manter os exercícios no domicílio, através de treinamentos e educação em saúde com uso de cartilhas ilustrativas e treinamento na beira do leito. Logo, as estratégias de planejamento da alta da equipe de fisioterapia podem ter interferido nas taxas de IAH encontradas nesse estudo, em comparação com outros na população brasileira que não realizaram o planejamento de alta hospitalar (19,20), mostrando a importância do fisioterapeuta na equipe de saúde atuando durante toda a hospitalização e na gestão da alta. Entretanto, essa afirmação não pode ser comprovada empiricamente, já que não houve um grupo controle randomizado.

Verificou-se que perdas funcionais continuaram crescentes mesmo após dois meses de alta hospitalar, gerando novas incapacidades na mobilidade em 13% da amostra final (M3). Estudo realizado nos Estados Unidos com 515 pessoas idosas mostrou que podem surgir novas incapacidades nas ABVD's e na mobilidade após hospitalização e, mesmo após seis meses de alta hospitalar, a reabilitação física é demorada e muitas vezes incompleta (17). A alta taxa de declínio funcional é preocupante e sinaliza a urgente necessidade de continuidade de cuidados após hospitalização para tratar a incapacidade nestas pessoas.

Pessoas idosas na transição entre o ambiente hospitalar e domiciliar têm pouco acesso aos serviços de fisioterapia (33), especialmente na rede pública de saúde. Por esta razão, junto aos seus cuidadores familiares precisam de apoio (5,18,28,33,34), com preparo e planejamento da alta hospitalar desde a admissão (6,33), sendo conscientizadas para a importância da continuidade do acompanhamento fisioterapêutico. O fisioterapeuta participa do planejamento da alta dos pacientes, capacitando os cuidadores durante a estadia hospitalar para que estejam preparados para a continuidade e manutenção das orientações fisioterapêuticas passíveis de serem realizadas no seu lar (35).

Nesse sentido, o estudo corrobora com modelos de gestão e de planejamento para alta com fisioterapeutas através de estratégias que objetivem mitigar e/ou sanar o declínio funcional, melhorando a adaptação no regresso ao domicílio. Para além, necessitam de garantia de acesso a serviços de atenção a saúde do SUS, seja através de teleatendimento/telemonitoramento, visitas domiciliares ou centros de reabilitação.

O estudo tem como limitações o número da amostra, que dificulta o poder dos testes estatísticos e a consequente ausência de comparação intergrupos de acordo com a doença que motivou a internação, assim como a baixa aderência ao acompanhamento após alta hospitalar, que não permite a generalização das informações. Ademais, não foi possível comparar a independência funcional no momento da alta hospitalar. A coleta dessas informações foi impossibilitada, pela dificuldade da equipe de pesquisa em estar presente no momento da alta hospitalar, pois índice de Barthel não fazia parte do protocolo de avaliação do hospital no qual o estudo foi realizado.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, uma a cada três pessoas idosas recebeu alta com a mobilidade física em pior estado comparado há 30 dias prévios a admissão hospitalar, e mesmo após dois meses do regresso ao domicílio, um terço da amostra apresentou piora funcional sob o aspecto da

mobilidade, independência funcional, atividade e participação social. Portanto, hospitalização pode causar danos à funcionalidade de pessoas idosas no Brasil.

Esse conhecimento é de grande importância para identificar como essa população retorna para seus lares e se mantém após dois meses de hospitalização. Dessa forma a equipe de saúde precisa preparar-se e envolver-se no acompanhamento de pessoas idosas no que se refere à funcionalidade, além de desenvolver estratégias para recuperação e /ou do estado funcional durante a hospitalização, realizando o preparo para a transição de cuidados e, após retorno para o domicílio, a fim de que pessoas idosas possam restaurar a função física, quando possível.

Sugere-se a realização de outras pesquisas que possam avaliar os efeitos das estratégias para a continuidade do cuidado na redução do declínio funcional de pessoas idosas atendidas no sistema público de saúde do Brasil.

Referências

1. Mendes MER, Santos L, Preto L, Azevedo A. Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. *Rev Por Enf Reab.* 2023; 6(2): 347. doi.org/10.33194/rper.2023.347
2. Loyd C, Markland AD, Zhang Y, Fowler M, Harper S, Wright NC, et al. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(4):455-461.doi: 10.1016/j.jamda.2019.09.015.
3. Menezes KQRS, Auger C, Barbosa JFS, Gomes CS, Menezes WRS, Guerra RO. Trajectories and Predictors of Functional Capacity Decline in Older Adults From a Brazilian Northeastern Hospital. *J Geriatr Phys Ther.* 2021;44(2):82-87. doi:10.1519/JPT.0000000000000255
4. Wells EU, Williams CP, Kennedy RE, Sawyer P, Brown CJ. Factors That Contribute to Recovery of Community Mobility After Hospitalization Among Community-Dwelling Older Adults. *J Appl Gerontol.* 2020;39(4):435-441. doi:10.1177/0733464818770788
5. Gettel CJ, Venkatesh AK, Leo-Summers LS, Murphy TE, Gahbauer EA, Hwang U et al. A Longitudinal Analysis of Functional Disability, Recovery, and Nursing Home Utilization After Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions Among Community-Living Older Persons. *J Hosp Med.* 2021;16(8):469-475. doi:10.12788/jhm.3669
6. Falvey JR, Burke RE, Ridgeway KJ, Malone DJ, Forster JE, Stevens-Lapsley JE. Involvement of Acute Care Physical Therapists in Care Transitions for Older Adults

Following Acute Hospitalization: A Cross-sectional National Survey. *J Geriatr Phys Ther.* 2019;42(3):E73-E80. doi:10.1519/JPT.000000000000187

7. Shen Y, Hao Q, Liu S, Su L, Sun X, Flaherty JH et al. The impact of functional status on LOS and readmission in older patients in geriatrics department: a cohort study. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(10):1977-1983. doi:10.1007/s40520-019-01411-3

8. Junek ML, Jones A, Heckman G, Demers C, Griffith LE, Costa AP. The predictive utility of functional status at discharge: a population-level cohort analysis. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):8. doi:10.1186/s12877-021-02652-6

9. Sáenz V, Zuljevic N, Elizondo C, Martin Lesende I, Caruso D. Baseline Functional Status and One-year Mortality After Hospital Admission in Elderly Patients: a prospective cohort study. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2020;77(3):143-148. doi:10.31053/1853.0605.v77.n3.28771

10. World Health Organization (WHO). *The International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: WHO; 2001. [Acessado em 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

11. Amorim RF, Pedreira LC, Martinez BP, Gomes NP, Sampaio RS, Damasceno AGJ. Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: revisão integrativa. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2024;27:e230227. doi.org/10.1590/1981-22562024027.230227.pt

12. Uchimura LYT, Figueiró MF, Silva DB, Paiva LK, Chrispim PPM, Yonekura T. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e143. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.143>

13. Lee JY, Yang YS, Cho E. Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs.* 2022;43:64-76. doi:10.1016/j.gerinurse.2021.11.003.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS - DATASUS [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS); 2023 [acessado em 15 jan 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

15. Ankuda CK, Ornstein KA, Kelley AS. Assessing Health Care Use Trajectories After the Onset of Functional Disability: Application of a Group-Based Trajectory Model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2022;77(Suppl_1):S31-S38. doi: 10.1093/geronb/gbab233.

16. McGilton KS, Vellani S, Krassikova A, Robertson S, Irwin C, Cumal A, et al. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatr.* 2021;29;21(1):210. doi: 10.1186/s12877-021-02099-9.

17. Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(3):486-495. doi:10.1111/jgs.16350

18. Tavares J, Sa-Couto P, Reis JD, Boltz M, Capezuti E. The Role of Frailty in Predicting 3 and 6 Months Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Findings from a Secondary Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):7126. doi: 10.3390/ijerph18137126.
19. Siqueira, A. B, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(5):687-694. doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011
20. Carvalho, T.C, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VF de S, Boas PJFV. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2018;21(2):134-142. doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143
21. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573-7. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
22. Martins GS, Toledo SV, Andrade JM de L, Nakano EY, Valduga R, Paz LP da S, et al. Análise do estado funcional e força muscular de adultos e idosos em Unidade de Terapia Intensiva: Coorte prospectiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(7):2899–2910. doi.org/10.1590/1413-81232021267.21422019.
23. Araújo EAT, Lima Filho BF de, Silva ACMB da, Melo MCS de, Gazzola JM, Cavalcanti FA da C. A utilização do Índice de Barthel em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. *Kairós-Gerontologia* [Internet]. 2020;23(2):217-31. doi: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50360>.
24. Castro SS, Leite CF. Tradução e adaptação transcultural do World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS 2.0. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2017 [acessado em 18 de fevereiro de 2023];24(4):385-91. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/143464>.
25. Papadopoulou, MS, Sophia B, Daphne P, Effie T, Aristi B, Theodora P, Geo. Psychometric Properties of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in Adult Patients with Motor Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2020;32(1):801-819. doi: 10.1007/s10882-019-09721-0.
26. Kallivayalil RA, Sudhakar S. Effectiveness of a new low-cost psychosocial rehabilitative model to reduce burden of disease among persons with severe mental illness: An interventional follow-up study. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):65-70. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_85_17.
27. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic for Public Health. *Openepi*, 2013. [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: https://openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.

28. Bert F, Kakaa O, Corradi A, Mascaro A, Roggero S, Corsi D. Predicting Length of Stay and Discharge Destination for Surgical Patients: A Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9490. doi:10.3390/ijerph17249490.
29. Lu X, Yao Y, Jin Y. Digital exclusion and functional dependence in older people: Findings from five longitudinal cohort studies [published correction appears in *EClinicalMedicine*. 2023;02(64):102239]. *EClinicalMedicine*. 2022;54:101708. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101708.
30. Wang MC, Liao WC, Lee KC, Lu SH, Lin YP. Validation of Screening Tools for Predicting the Risk of Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6685. doi: 10.3390/ijerph19116685.
31. Zhang LM, Hornor MA, Robinson T, Rosenthal RA, Ko CY, Russell MM. Evaluation of Postoperative Functional Health Status Decline Among Older Adults. *JAMA Surg*. 2020;155(10):950-958. doi:10.1001/jamasurg.2020.2853.
32. Gill TM, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers L, Murphy TE, Becher RD. Functional Effects of Intervening Illnesses and Injuries After Hospitalization for Major Surgery in Community-living Older Persons. *Ann Surg*. 2021;273(5):834-841. doi: 10.1097/SLA.0000000000004438.
33. Lawler K, Taylor NF, Shields N. Family-assisted therapy empowered families of older people transitioning from hospital to the community: a qualitative study. *J Physiother*. 2019;65(3):166-171. doi: 10.1016/j.jphys.2019.05.009.
34. Lee MC, Wu TY, Huang SJ, Chen YM, Hsiao SH, Tsai CY. Post-acute care for frail older people decreases 90-day emergency room visits, readmissions and mortality: An interventional study. *PLoS One*. 2023;18(1):e0279654. doi: 10.1371/journal.pone.0279654.
35. Falvey JR, Mangione KK, Stevens-Lapsley JE. Rethinking Hospital-Associated Deconditioning: Proposed Paradigm Shift. *Physical Therapy*. 2015; 95(9):1307-1315. doi: 10.2522/ptj.20140511.

5 CONCLUSÃO

Nesse estudo um a cada três pessoas idosas recebeu alta com a mobilidade física em pior estado comparado há 30 dias prévios a admissão hospitalar e mesmo após dois meses do regresso ao domicílio um terço da amostra apresentou piora funcional sob o aspecto da mobilidade, independência funcional e atividade e participação social.

Esse conhecimento é de grande importância para identificar como essa população retorna para seus lares e se mantém após dois meses de hospitalização.

Diante do exposto, espera que essa pesquisa possa contribuir na compreensão do impacto da hospitalização nesta população. Receber alta hospitalar e retornar para casa não significa recuperação do seu estado funcional.

Nesse sentido, estudo corrobora com modelos de gestão e de planejamento para alta com fisioterapeutas através de estratégias que objetivem mitigar e/ou sanar o declínio funcional desses pacientes, melhorando a adaptação no regresso ao domicílio. É preciso investir em medidas como envolver as pessoas idosas na participação dos planos fisioterapêuticos, com metas objetivas durante a hospitalização, objetivando a assistência centrada no paciente.

A partir disso, fortalecer os cuidados transitórios para melhor preparar pacientes, cuidadores/familiares a manterem os estímulos de recuperação física no retorno ao lar, bem como fortalecer a rede de assistência à saúde no SUS com serviços de reabilitação, para melhorar o acesso tão escasso dessa população a terapias restaurativas após a hospitalização.

REFERÊNCIAS

- ANKUDA, Claire K; ORNSTEIN Katherine A; KELLY Amy S. Assessing Health Care Use Trajectories After the Onset of Functional Disability: Application of a Group-Based Trajectory Model. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 77, n. (Suppl_1), p. S31-S38. Disponível em: doi: 10.1093/geronb/gbab233. Acesso em: 10 jan. 2024.
- ARAÚJO, Elloí Anunciada Tinôco *et al.* Atualização do Índice Barthel em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. **Revista Kairos Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p217-231>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- BARBOSA, Bruno Rossi *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- _____. BRASIL. **Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa**. Ministério da Saúde. DOU, Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 01 mai. 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS - DATASUS [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em : 15 jan 2023.
- BUURMAN, Bianca M; ROOIJ, Sophia E de. Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis [Functional decline in older persons after acute hospitalization. **Nederlands tijdschrift voor geneeskunde**, v. 159, n. 19, p. A8185, 2015. Acesso em: 01 mai. 2023.
- CAJANDING, Ruff Joseph. Effects of a Structured Discharge Planning mplemente Perceived Functional Status, Cardiac Self-efficacy, Patient Satisfaction, and Unexpected Hospital Revisits Among Filipino Cardiac Patients: A Randomized Controlled Study. **The Journal of cardiovascular nursing**, v. 32, n. 1, p. 67-77, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000303>. Acesso em: 23 jan. 2023.
- CARNEIRO, Marcelo Augusto da Silva *et al.* Resistance exercise intervention on muscular strength and power, and functional capacity in acute hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis of 2498 patients in 7 randomized clinical trials. **Geroscience**, v. 4, n. 6, p. 2693-2705, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11357-021-00446-7>. Acesso em: 7 jan. 2023.
- CARVALHO, Tatiane Cristina *et al.* Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. **Rev Bras Geriatr e Gerontol**, v. 21, n. 2,p. 134-142, 2018. Disponível em: doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143. Acesso em: 22 jan. 2024.
- CASTRO, Shamyry Sulyvan.; LEITE, Camila Ferreira. Translation and cross- cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule – Whodas 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 385-91, 2017. Disponível em: [10.1590-1809-2950-17118724042017](https://doi.org/10.1590-1809-2950-17118724042017). Acesso em: 23 mar. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução Nº80, de 9 de maio de 1987**. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, DF, D.O.U n. 093 – 21 de maio de 1987, seção I, p. 7609.

CORNETT, Pascale *et al.* Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool. **European journal of public health**, v. 16, n. 2, p. 203-208, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki054>. Acesso em: 01 mai. 2023.

DEER, Rachel R *et al.* Identifying effective and feasible interventions to accelerate functional recovery from hospitalization in older adults: A randomized controlled pilot trial. **Contemporary clinical trials**, v. 49, p. 6-14, 2016. Disponível em: [doi:10.1016/j.cct.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.05.001). Acesso em: 19 mar. 2023.

DESAI, Sanjay V; LAW, Tyler J; NEEDHAM, Dale M. Long-term complications of critical care. **Critical care medicine**, v. 39, n. 2, p. 371-379, 2011. Disponível em: [10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5) . Acesso em: 12 dez. 2022.

DHARMARAJAN, Kumar *et al.* Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 3, p. 486-495, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16350>. Acesso em: 8 jan. 2023.

DIETRICH, Camila *et al.* Capacidade funcional em idosos e idosos mais velhos após alta da unidade de terapia intensiva. Coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 3, p. 293–302, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170055>. Acesso em: 23 fev. 2023.

ELM, Erik Von, *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Ann Intern Med**, v.147,n.8,p.573-7. Disponível em: [doi: https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010](https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010). Acesso em: 8 jan. 2023

FALVEY, Jason R; MANGIONE Kathleen K; STEVENS–LAPSSLEY, Jefinner E. Rethinking Hospital-Associated Deconditioning: Proposed Paradigm Shift. **Physical Therapy**, v. 95, n. 9, p. 1307-1315, 2015. Disponível em: [10.2522/ptj.20140511](https://doi.org/10.2522/ptj.20140511). Acesso em: 12 abr. 2023. 40

FALVEY, Jason R *et al.* Involvement of Acute Care Physical Therapists in Care Transitions for Older Adults Following Acute Hospitalization: A Cross-sectional National Survey. **Journal of geriatric physical therapy**, v. 42, n. 3, p. 3-80, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1519/jpt.000000000000187>. Acesso em: 25 fev. 2023.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cássia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>. Acesso em: 28 jan. 2023.

FERRER, Michele Lacerda Pereira *et al.* Whodas 2.0-BO: normative data for assessment of disability in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000586>. Acesso em: 22 set. 2022.

FINLASON, Kathleen *et al.* Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 956, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>. Acesso em: 25 fev. 2023.

GETTEL, Cameron J *et al.* A Longitudinal Analysis of Functional Disability, Recovery, and Nursing Home Utilization After Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions Among Community-Living Older Persons. **J Hosp Med**, v. 16, n. 8, p. 469-475, 2021. Disponível em: [doi:10.12788/jhm.3669](https://doi.org/10.12788/jhm.3669). Acesso em: 19 dez. 2023.

HESSELINK, Gijs *et al.* Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ quality & safety**, v. 21, n. 1, 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>. Acesso em: 15 jun. 2022.

JADCZAK, Agathe D *et al.* Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review of systematic reviews. **JBIR database of systematic reviews and implementation reports**, v. 16, n. 3, p. 752-775, 2018. Disponível em: [10.11124/JBISRIR-2017-00355](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-00355). Acesso em: 25 fev. 2023

JUNEK, Mats L *et al.* The predictive utility of functional status at discharge: a population-level cohort analysis. **BMC Geriatr**, v. 22, n. 1, p. 8, 2022. Disponível em: [doi:10.1186/s12877-021-02652-6](https://doi.org/10.1186/s12877-021-02652-6). Acesso em: 25 jan. 2024

KAVANAGH, Alethea Y *et al.* The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. **J Geriatr Phys Ther**, v. 45, n. 1, p. 50-61, 2022. Disponível em: [doi:10.1519/JPT.0000000000000305](https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000305). Acesso em: 10 fev. 2024.

LAWLER, Katherine; TAYLOR Nicholas F; SHIELDS Nora. Family-assisted therapy empowered families of older people transitioning from hospital to the community: a qualitative study. **Journal of Physiotherapy**, v. 65, p.166–171, 2019. Disponível em: [10.1016/j.jphys.2019.05.009](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.009). Acesso em: 12 jun. 2022.

LEE, Je Yeon; YANG Yong Sook, Cho Eunhee. Transitional care from hospital to home for frail older adults: A systematic review and meta-analysis. **Geriatr Nurs**, v. 43, p. 64-76, 2022. Disponível em: [doi:10.1016/j.gerinurse.2021.11.003](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003). Acesso em: 15 fev. 2024.

LOYD, Christine *et al.* Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis. **J Am Med Dir Assoc**, v. 21, n. 4, p. 455-461, 2020. Disponível em: [doi:10.1016/j.jamda.2019.09.015](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.09.015). Acesso em: 28 fev. 2024.

MARTINS, Gabriela Sousa *et al.* Análise do estado funcional e força muscular de adultos e idosos em Unidade de Terapia Intensiva: Coorte prospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2899–2910, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.21422019>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MCGILTON, Katherine S *et al.* Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatr*, v. 21, n. 1, p. 210, 2021. Disponível em: doi: 10.1186/s12877-021-02099-9. Acesso em: 15 jan. 2024.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Transitions Theory: mplem-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. p. 664.

MENDES, Maria Eugenia Rodrigues *et al.* Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. **Rev Por Enf Reab**, v. 6, n. 2, p. 347, 2023. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>. Acesso em: 10 fev. 2024.

MENEZES, Tânia Maria de Oliveira *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 294-301, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>. Acesso em: 26 dez. 2022.

MENEZES, Karla V R S *et al.* Trajectories and Predictors of Functional Capacity Decline in Older Adults From a Brazilian Northeastern Hospital. **J Geriatr Phys Ther**. v. 44, n. 2, p. 82-87, 2021. Disponível em: doi:10.1519/JPT.0000000000000255. Acesso em: 05 fev. 2024.

NOGUEIRA, Silva L *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian mplem of physical therapy**, v.14, n. 4, p.1-8, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>. Acesso em: 7 jan, 2023.

OLIVEIRA, Anamélia; NOSSA Paulo; MOTA- PINTO Anabela. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. **Acta medica portuguesa**, v. 32, n. 10, p. 654-660, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11974>. Acesso em: 6 jan. 2023.

OLIVEIRA, Gabriela Nascimento Cerqueira Da Silva *et al.* Avaliação da segurança e viabilidade do protocolo de sentar-levantar observando os efeitos hemodinâmicos agudos em idosos hospitalizados. **Revista De Ciências Médicas E Biológicas**, v. 20, n. 3, p. 418–424, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v20i3.46970>. Acesso em: 19 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Avaliação de saúde e deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**. Versão traduzida para o português. Uberaba: Universidade Federal do Triangulo Mineiro. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/19/9788562599514_por.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

PAPADOPOULOU, Marianna *et al.* Pschometri of de 12 – item Word Health Organization Disabilit Assessment Schedule WHODAS 2.0) in adult patients with motor disabilitis. **Journal of Developmental and Phsical Disabbilities**, v. 32, p. 801-819, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007-s10882-019-09721-0>. Acesso em: 10 de jun. 2022.

PEDROSA, Ana Rita Cardoso; FERREIRA, Óscar Ramos; BAIXINHO, Cristina Rosa Soares Lavareda. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n.5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>. Acesso em: 28 jan. 2023.

- PEREIRA, Esdras Edgar Batista *et al.* Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, v. 17, n. 01, p. 165-176, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100016>. Acesso em: 7 jan. 2023
- PERRACCINI Monica Rodrigues; FLÓ, Claudia Marina. **Funcionalidade e envelhecimento. Fisioterapia: teoria e prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- PINTO, Andressa Hoffmann *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545–3555, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>. Acesso em: 01 mai. 2023.
- RIBERTO, Marcelo. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>. Acesso em: 7 jan. 2023.
- SÁEZ, Victoria, *et al.* Baseline Functional Status and One-year Mortality After Hospital Admission in Elderly Patients: a prospective cohort study. **Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba**, v.77,n. 3,p. 143-148, 2020. Disponível em: [doi:10.31053/1853.0605.v77.n3.28771](https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.28771). Acesso em:25 jan. 2024.
- SANT'HELENA Débora Pastoriza.; SILVA, Priscilla Cardoso da; GONÇALVES, Andréa Kruger. Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento. *In*: SAMPAIO, E. C. **Envelhecimento humano: desafios contemporâneos – volume 1**. Rio grande do SUL: Editora Científica.org, 2020. p. 204-218. Disponível em: [10.37885/200901493](https://doi.org/10.37885/200901493). Acesso em: 01 mai. 2023
- SILVA, Vinícius Zacarias Maldaner da *et al.* Versão brasileira da Escala de Estado Funcional em UTI: tradução e adaptação transcultural. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 34–38, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170006>. Acesso em: 01 mai. 2023.
- SILVA, Claudia Fernanda Trindade *et al.* The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- SILVA, Laize Gabriele de Castro *et al.* Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. **Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia**, v. 22, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- SIQUEIRA, Ana Barros *et al.* Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004. Disponível em: doi.org/10.1590/S0034-89102004000500011. Acesso em:10 fev. 2024.
- SHEN, Yanjiao *et al.* The impact of functional status on LOS and readmission in older patients in geriatrics department: a cohort study. **Ageing Clin Exp Res**, v. 32, n. 10, p. 1977-1983, 2020. Disponível em: [doi:10.1007/s40520-019-01411-3](https://doi.org/10.1007/s40520-019-01411-3). Acesso em: 01 fev. 2024.

TAVARES, João Paulo de Almeida; NUNES, Lisa Alexandra Nogueira Veiga; GRÁCIO, Joana Catarina Gonçalves. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, n. 29, p. e3399, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>. Acesso em: 20 mar. 2023.

TAVARES, Renata Evangelista *et al.* Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**, v. 20, n. 06, p. 878-889, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>. Acesso em: 8 jan. 2023.

URQUIZA, Miriam *et al.* J. Determinants of participation in a post-hospitalization physical exercise program for older adults. **BMC Geriatr**, v. 20, n.1, p. 408, 2020. Disponível em: doi: 10.1186/s12877-020-01821-3. Acesso em: 08 fev. 2024.

VALENZUELA, Pedro *et al.* A. Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalised older adults: A systematic review and meta-analysis. **Ageing Res Rev**, v. 61, n. 101076, 2020. Disponível em: doi: 10.1016/j.arr.2020.101076. Acesso em: 15 jan. 2024.

ZAGONEL, I P. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem [Transitional care in the course of nursing]. **Revista latino-americana de enfermagem**, vol.7, n.3. p. 25-32,1999.Acesso em :10 mar, 2023.

ZISBERG, Anna *et al.* Shared and distinct factors underlying in-hospital mobility of older adults in Israel and Denmark (97/100). **BMC Geriatr**, v. 23, n. 1, p. 68, 2023. Disponível em: doi: 10.1186/s12877-022-03636-w. Acesso em: 30 jan. 2024.

ZHANG, Pan *et al.* Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 5-6, p. 969-979, 2018 Disponível em: 10.1111/jocn.14064 . Acesso em: 26 jan. 2023.

World Health Organization (WHO). The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 20 mar. 2023.

WELLS, Elina U *et al.* Factors That Contribute to Recovery of Community Mobility After Hospitalization Among Community-Dwelling Older Adults. **J Appl Gerontol**. v. 39 ,n. 4, p. 435-441, 2020. Disponível em: doi:10.1177/0733464818770788. Acesso em: 20 dez. 2023.

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e clínico



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



QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE		
1- Data da coleta:		
2- Enfermaria:	Leito:	
3-Prontuário:		
4. Data da internação:		
5- Telefone:		
6. Motivo da internação – Patologia que levou a hospitalização		
6. Escores funcionais atualizados:		
FSS – Data :	Escore :	(coletar do prontuário)
MRC- Data :	Escore:	(coletar do prontuário)
Índice de Barthel:	Escore:	
Whodas 2.0- Data:	Escore:	
Cartilha Orientada		
: _____		
Data do treinamento: ___/___/___		

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
1. Iniciais do nome:	
2. Sexo: ()M () F	
3. Idade:	
4. Raça- cor: ()parda ()preta ()branca ()indígena ()amarela	
5. Escolaridade: () analfabeto () Fundamental I incompleto () Fundamental I completo () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós –graduação	
6. Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo (a) () Divorciado	
7-Quantas pessoas residem na casa	
8- Renda Familiar: () Auxílio governo () menos de 1 salário mín. () 1 salário mín. () 2 salários mín. () 3 salários mín. () mais de 3 salários min.	
9- Residência: () Salvador/ região metropolitana () interior / () Zona urbana/ () zona rural	
10- Possui auxílio de quantas pessoas na realização dos cuidados? _____	
11- Quem são estas pessoas? () familiar () amigo(s) () pessoas da comunidade/ descrever: _____	

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



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

Título do Estudo: CUIDADO TRANSICIONAL DE FISIOTERAPIA HOSPITAL-DOMICÍLIO A PESSOAS IDOSAS

Pesquisadora Responsável: Renata Farias Amorim

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 em fisioterapia desenvolvido no Hospital Universitário Professor Edgard Santos para pacientes idosos, familiares/cuidadores. E tem como justificativa contribuir para a qualificação e a manutenção da continuidade do cuidado de fisioterapia às pessoas internadas no Hospital Universitário desde a admissão até o retorno ao domicílio.

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

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

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são desconforto por compartilhar informações sobre seu estado de saúde e, para os familiares/cuidadores. 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 em fisioterapia auxiliando a mobilidade e capacidade funcional da pessoa que retornou ao domicílio após alta hospitalar.

O (a) senhor (a), familiares e cuidadores que estiverem acompanhando durante a estadia hospitalar receberão serão treinamento conforme o plano do estudo, e orientações através de uma cartilha para continuidade das orientações da fisioterapia no domicílio.

Posteriormente após alta Hospitalar, receberão acompanhamento através de teleatendimento pela equipe do estudo, através de chamadas telefônicas e mensagens pelo aplicativo *WhatsApp* para acompanhamento remoto, será realizado telemonitoramento nos próximos 2 meses (ligações semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo mês), que auxiliará na adaptação e no resgate de dúvidas residuais.

Entretanto se por algum motivo o período de internamento hospitalar ultrapassar 28 dias, não participarão da fase de acompanhamento e teleatendimento após hospitalização, sendo beneficiados com as orientações e acompanhamentos fornecidos pela equipe de estudo no período de hospitalização.

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 nexos 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 dois meses auxiliarão nos esclarecimentos que se fizerem necessários.

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

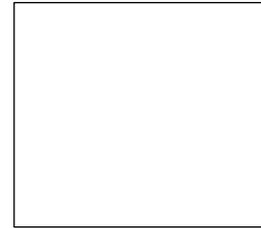
Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: CUIDADO TRANSICIONAL HOSPITAL-DOMICÍLIO DE FISIOTERPAIA A PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS.

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

Salvador, ____ de _____ de ____

Participante da pesquisa



Renata Farias Amorim

Impressão dactiloscópica

Pesquisadora

Pesquisadora: Renata Farias Amorim

E-mail: renyamorim@ahoo.com.br

End.: R. Dr. Augusto Viana, s/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060

Telefone: (71) 3283-7600 - (71) 98173-1644

Cômite de Ética em Pesquisa - HUPES/UFBA

E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

Telefone: (71)3283-7600

APÊNDICE C - Cartilha com orientações e exercícios para melhorar o equilíbrio



O QUE VOCÊ PRECISA SABER ANTES DA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

- ✓ Apenas realize os exercícios marcados com um (X) e com o número de repetições conforme solicitação do fisioterapeuta.
- ✓ Realize os exercícios quando estiver acordado e disposto.
- ✓ Mantenha o ambiente ventilado e iluminado.
- ✓ Entre os exercícios faça pausas para descanso de 30 segundos a cada série realizada.
- ✓ Nunca realize exercícios na presença de dor, tontura, mal-estar, glicemia alterada (açúcar muito alto ou baixo) ou pressão baixa ou alta.
- ✓ Na presença de algum desses sinais e/ou sintomas interrompa os exercícios imediatamente.
- ✓ Em caso de dúvidas e/ou desconfortos apresentados com a realização dos exercícios contate o profissional fisioterapeuta que te acompanha durante o telemonitoramento (ligações telefônicas).



Essa cartilha de orientação fisioterapêutica foi desenvolvida com o objetivo de orientar sobre a manutenção dos exercícios e os cuidados em casa, após a alta hospitalar.

1ª EDIÇÃO

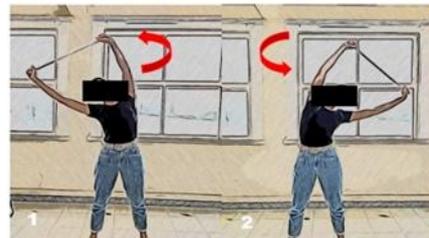
Universidade Federal da Bahia – UFBA
 Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGENF
 Escola de Enfermagem EEUFB - Campus Universitário do Canela.
 Rua Basílio da Gama S/N, 7º andar Bairro: Canela, Salvador Bahia.
 CEP 40110-907. Telefone: (71) 3283 7631

EXERCÍCIOS PARA MEMBROS SUPERIORES () realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

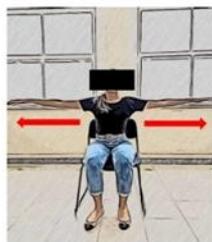
Para realizar essa sequência de exercícios será necessário o auxílio de um cabo de vassoura ou bastão.



1. Segure o cabo da vassoura.
2. Levante os braços até o teto suavemente e retorne.



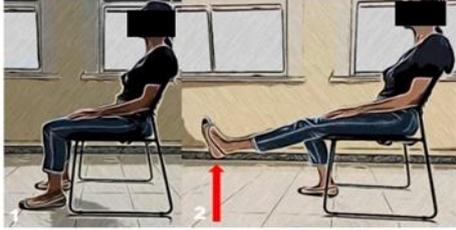
1. Segurando o cabo da vassoura, levante os braços até o teto e incline o tronco para um dos lados e mantenha contando até 5 (cinco).
2. Em seguida incline para o outro lado segurando até 5 (cinco) suavemente e depois retorne.



Abra os braços na lateral do corpo e desça lentamente.

EXERCÍCIOS PARA MEMBROS INFERIORES () realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

Para realizar os exercícios será necessário o auxílio de uma cadeira para apoio. Quando de pé, faça os exercícios segurando-se na cadeira.



1. Posição inicial sentada com joelho dobrado.
2. Estique uma perna e retorne a posição



1. Em pé, segurando uma cadeira.
2. Dobre o quadril e o joelho e retorne lentamente.



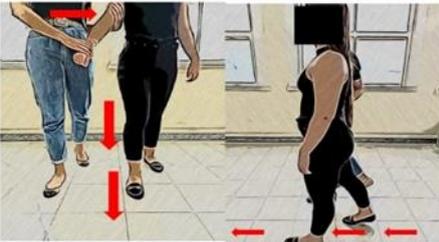
1. Posição inicial em pé, levante os calcanhares.
2. Retorne para apoiá-los lentamente no chão.



1. Posição inicial em pé.
2. Estique a perna para trás mantendo a coluna reta

TREINO DE MARCHA EM LINHA RETA COM APOIO ()

Realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)



Estimule a pessoa sob seus cuidados a caminhar, caso ela sinta-se segura. É muito importante caminhar várias vezes ao dia, se necessário, apoie-a por um dos braços, segurando-a com uma mão no braço e a outra no punho de forma firme e suave.

TREINO DE MARCHA EM 8 COM APOIO ()

Realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)



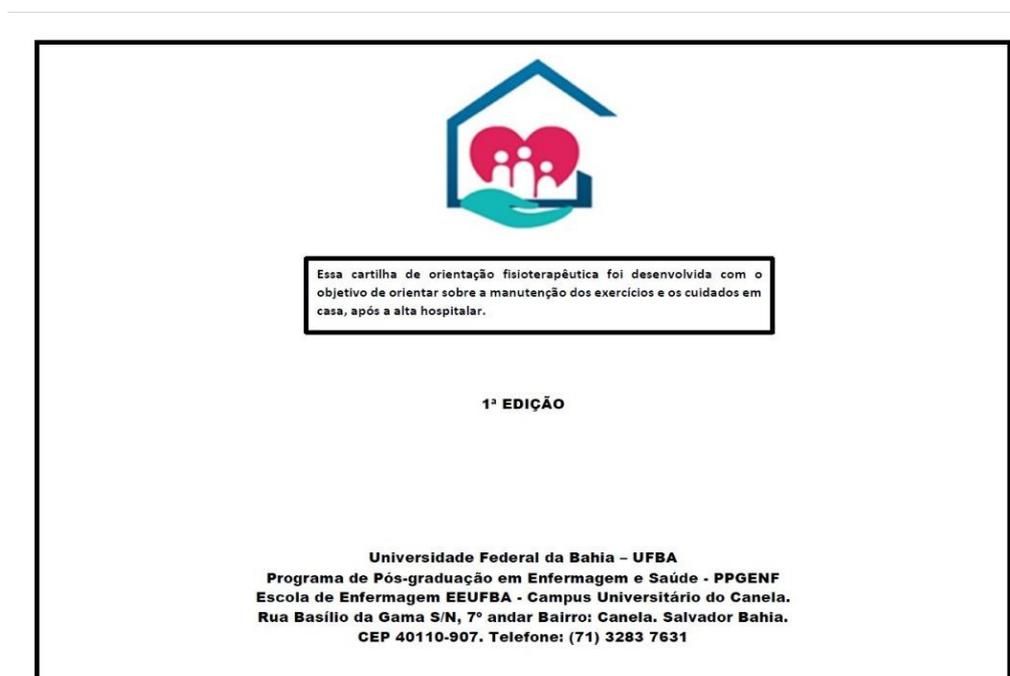
Desenhe no chão o número "8" (oito) e estimule a pessoa sob os seus cuidados a caminhar em torno do desenho. Se necessário, apoie, segurando-a com uma mão no braço e a outra no punho

Colaboração:

Fisioterapeuta Renata Amorim
Enfermeira Larissa Pedreira
Fisioterapeuta Bruno Prata
Fisioterapeuta Rute Sampaio
Fisioterapeuta Andreza Araújo
Graduanda em Fisioterapia Paula Nery
Graduanda em Fisioterapia Milena Campos

Instituições Parceiras:

APÊNDICE D - Cartilha com orientações e exercícios de para pessoas acamadas



O QUE VOCÊ PRECISA SABER ANTES DA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

- ✓ Apenas realize os exercícios marcados com um (X) e com o número de repetições conforme solicitação do fisioterapeuta.
- ✓ Realize os exercícios quando estiver acordado e disposto.
- ✓ Mantenha o ambiente ventilado e iluminado.
- ✓ Entre os exercícios faça pausas para descanso de 30 segundos a cada série realizada.
- ✓ Nunca realize exercícios na presença de dor, tontura, mal-estar, glicemia alterada (açúcar muito alto ou baixo) ou pressão baixa ou alta.
- ✓ Na presença de algum desses sinais e/ou sintomas interrompa os exercícios imediatamente.
- ✓ Em caso de dúvidas e/ou desconfortos apresentados com a realização dos exercícios contate o profissional fisioterapeuta que te acompanha durante o telemonitoramento (ligações telefônicas).

EXERCÍCIOS PARA SEREM REALIZADOS NA CAMA

Essa sequência de exercícios deve ser realizada na cama com a pessoa deitada com o abdômen para cima.

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS SUPERIORES (BRAÇOS) () Realizar ___ vezes e repetir __ vez(es)



1. Coloque a sua mão de apoio na mão da pessoa sob os seus cuidados e a outra no cotovelo dela.

2. Eleve o braço até a altura em que a pessoa permitir, sem gerar dor ou desconforto.



1. Coloque a sua mão de apoio na mão da pessoa sob os seus cuidados, e a outra no cotovelo dela.

2. Abra o braço até a altura em que a pessoa sob os seus cuidados permitir, sem gerar dor ou desconforto.



1. Posição inicial: Coloque a sua mão de apoio na mão da pessoa sob os seus cuidados, e a outra no cotovelo dela, mantendo o cotovelo apoiado.

2. Dobre o cotovelo da pessoa sob os seus cuidados, levando a palma da sua mão em direção ao ombro, depois retorne a posição inicial



1. Coloque a sua mão de apoio segurando a mão da pessoa sob os seus cuidados.

2. Traga o punho dela para cima.

3. E depois para baixo.

4. Gire seu punho (realizando movimento de círculos) suavemente para dentro e depois para fora.

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS INFERIORES (PERNAS) () Realizar ___
 Veze e repetir ___ vez(es)



1. Posição inicial: Coloque a sua mão de apoio no pé da pessoa sob os seus cuidados, e a outra abaixo do joelho.



2. Em seguida dobre o joelho dela e estique.



1. Posição inicial: Coloque a sua mão de apoio no pé e a outra abaixo do joelho da pessoa sob os seus cuidados.



2. Abra a perna dela lateralmente conforme tolerância.



Ou realize, com ela de lado, com as suas mãos de apoio no pé e no joelho.



Deitado de lado com a perna estendida, coloque uma mão no pé e outra no joelho da pessoa sob os seus cuidados. Depois abra como demonstrado na foto ao lado, conforme tolerância, volte para posição inicial (fechar).

TRANSFERÊNCIA DO DEITADO PARA SENTADO NA CAMA COM AUXÍLIO DE 2 PESSOAS ()



Com auxílio de duas pessoas.



1. Coloque um mão no pé e a outra embaixo do joelho da pessoa sob os seus cuidados e dobre.



2. Depois faça a mesma coisa do outro lado.



3. Mantenha os joelhos dobrados, se necessário com apoio.



4. Dobre um cotovelo e coloque o braço sobre o abdomen.



5. Faça o mesmo com o outro braço.



6. Em seguida vire-a de lado.



7. Traga os joelhos para fora da cama.



8. Em seguida coloque os pés para fora da cama.



9. A segunda pessoa coloca e apoia as mãos nas costas dela e levanta o tronco.



10. Em seguida, traga a pessoa para a posição reta, se ela não se sustentar, é necessário apoiá-la.

TRANSFERÊNCIA DO DEITADO PARA SENTADO NA CAMA COM AUXÍLIO DE UMA PESSOA (x)



1. Dobre um joelho e depois o outro.



2. Cruze os braços da pessoa e apoie-os sobre o abdômen.



3. Em seguida vire-a de lado.



4. Traga suas pernas para fora da cama.



5. Com uma mão passando pelas costas, e a outra apoiando por baixo do joelho, eleve o tronco.



6. Mantenha o seu tronco reto.



7. Se for necessário sustente seu tronco com algum apoio.



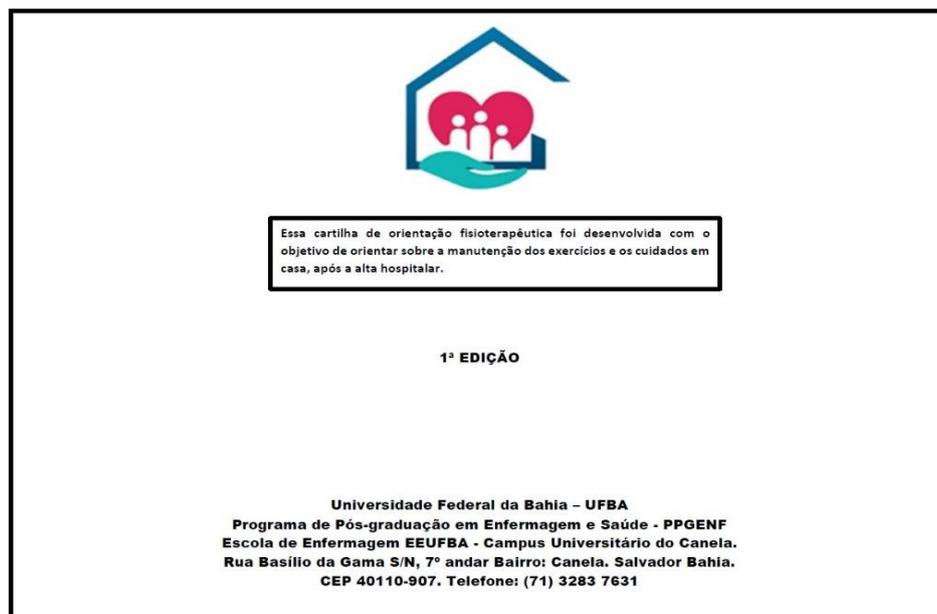
8. Sustente sua cabeça, se preciso.

Colaboração:

Fisioterapeuta Renata Amorim
Enfermeira Larissa Pedreira
Fisioterapeuta Bruno Prata
Fisioterapeuta Rute Sampaio
Fisioterapeuta Andreza Araújo
Graduanda em Fisioterapia Paula Nery
Graduanda em Fisioterapia Milena Campos

Instituições Parceiras:

APÊNDICE E - Cartilha com orientações e exercícios de para pessoas com alguma mobilidade no leito



O QUE VOCÊ PRECISA SABER ANTES DA REALIZAÇÃO DOS EXERCÍCIOS

- ✓ Apenas realize os exercícios marcados com um (X) e com o número de repetições conforme solicitação do fisioterapeuta.
- ✓ Realize os exercícios quando estiver acordado e disposto.
- ✓ Mantenha o ambiente ventilado e iluminado.
- ✓ Entre os exercícios faça pausas para descanso de 30 segundos a cada série realizada.
- ✓ Nunca realize exercícios na presença de dor, tontura, mal-estar, glicemia alterada (açúcar muito alto ou baixo) ou pressão baixa ou alta.
- ✓ Na presença de algum desses sinais e/ou sintomas interrompa os exercícios imediatamente.
- ✓ Em caso de dúvidas e/ou desconfortos apresentados com a realização dos exercícios contate o profissional fisioterapeuta que te acompanha durante o telemonitoramento (ligações telefônicas).

EXERCÍCIOS PARA SEREM REALIZADOS NA CAMA

Essa sequência de exercícios deve ser realizada na cama com a pessoa deitada com o abdomen para cima.

EXERCÍCIOS PARA MEMBROS SUPERIORES (BRAÇOS) – Realizar 2x ao dia.



() Realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

1. Dobre o cotovelo levando a palma da mão em direção ao ombro.
2. Depois retorne à posição inicial.



() Realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

1. Com os braços estendidos apoiados na cama.
2. Eleve os braços até a altura que conseguir, sem gerar dor e/ou desconforto, e depois retorne.



() Realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

1. Com os braços estendidos apoiados na cama.
2. Abra o braço até a altura que conseguir sem gerar dor e/ou desconforto.

EXERCÍCIOS PARA MEMBROS MEMBROS INFERIORES (PERNAS)



() Realizar 3 vezes e repetir 6 vez(es)

1. Pernas juntas e estendidas na cama.
2. Dobre o joelho e estenda totalmente. Faça nas duas pernas.



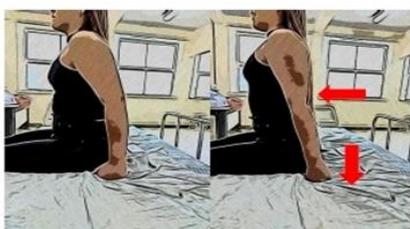
() Realizar 3 vezes e repetir 6 vez(es)

1. Pernas juntas e estendidas na cama.
2. Estenda uma perna reta em direção ao teto, enquanto mantém a outra dobrada ou esticada na cama. Depois retorne à posição inicial.



() Realizar 3 vezes e repetir 6 vez(es)

1. Pernas juntas e estendidas na cama.
2. Abra a perna lateralmente conforme tolerar e depois retorne a posição inicial.



() Realizar 2 vezes e repetir 4 vez(es)

1. Sentada com os cotovelos levemente dobrados e mãos fechadas.
 2. Empurre a mão contra a cama, como se fosse levantar da cama.
- OBS: Neste exercício, colocar um apoio nas costas.

TRANSFERÊNCIA DO DEITADO PARA SENTADO NA CAMA ()



Com o auxílio de duas pessoas.



1. Coloque uma mão no pé e a outra embaixo do joelho e dobre.



2. Depois faça a mesma coisa do outro lado.



3. Mantenha os joelhos dobrados, se necessário com apoio.



4. Dobre um cotovelo e coloque o braço sobre o abdômen.



5. Faça o mesmo com o outro braço.



6. Em seguida vire-a de lado.



7. Traga os joelhos para fora da cama.



8. Em seguida coloque os pés para fora da cama.



4. Traga suas pernas para fora da cama.



5. Com uma mão passando pelas costas, e a outra apoiando por baixo do joelho, eleve o tronco.



6. Mantenha o seu tronco reto.



7. Se for necessário sustente seu tronco com algum apoio.



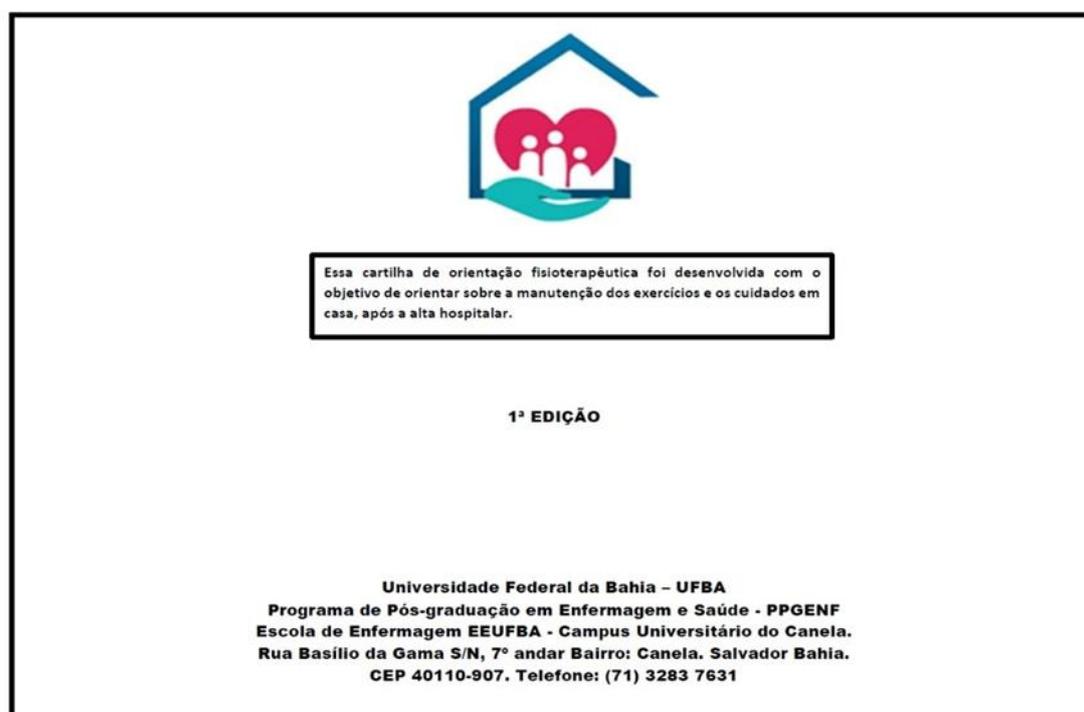
8. Sustente sua cabeça, se preciso.

Colaboração:

Fisioterapeuta Renata Amorim
Enfermeira Larissa Pedreira
Fisioterapeuta Bruno Prata
Fisioterapeuta Rute Sampaio
Fisioterapeuta Andreza Araújo
Graduanda em Fisioterapia Paula Nery
Graduanda em Fisioterapia Milena Campos

Instituições Parceiras:

APÊNDICE F - Cartilha com orientações e exercícios de para pessoas independentes
funcionais



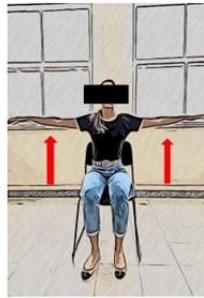
EXERCÍCIOS

Essa sequência de exercícios deve ser realizada com o paciente sentado em uma cadeira.

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS SUPERIORES () realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)



Eleve os braços esticados e desça lentamente.



Abra os braços na lateral do corpo e desça lentamente



1. Coloque as palmas das mãos viradas para cima, sobre os joelhos.



2. Leve-as em direção aos ombros, dobrando os cotovelos, e retorne em direção aos joelhos.

EXERCÍCIOS PARA OS GLÚTEOS () realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

Esse exercício deve ser realizado com a pessoa sob os cuidados deitada na cama.



Coloque-a deitada de barriga para cima, dobre os seus joelhos e coloque as suas mãos ao lado do corpo.



Levante ou ajude-a a levantar o quadril, retirando e contraindo os glúteos do apoio da cama. Você pode incentivá-la, auxiliando com um toque para que ela levante o quadril.

EXERCÍCIOS PARA OS MEMBROS INFERIORES () realizar ___ vezes e repetir ___ vez(es)

Essa sequência de exercícios deve ser realizada com a pessoa em pé, apoiando os braços com auxílio de uma cadeira.



1. Em pé, segurando numa cadeira.
2. Abra a perna lateralmente e feche-a, retornando à posição inicial.



1. Sentado, com as mãos apoiadas em uma cadeira. 2. Levante-se e sente-se lentamente.



1. Em pé, com braços apoiados na cadeira. 2. Dobre o quadril e o joelho trazendo em direção ao abdome e retorne lentamente.



1. Em pé, com os braços apoiados na cadeira. 2. Levante os calcanhares e retorne para apoiá-los lentamente no chão.

TREINO DE CAMINHADA COM APOIO ()



Estimule a pessoa sob os seus cuidados a caminhar. É muito importante caminhar várias vezes ao dia. Se necessário, apoie-a em um dos braços e segure-a com uma mão no braço e a outra no punho de forma firme e suave.

Colaboração:

Fisioterapeuta Renata Amorim
Enfermeira Larissa Pedreira
Fisioterapeuta Bruno Prata
Fisioterapeuta Rute Sampaio
Fisioterapeuta Andreza Araújo
Graduanda em Fisioterapia Paula Nery
Graduanda em Fisioterapia Milena Campos

Instituições Parceiras:

ANEXO A - Functional status score for the intensive care unit (fss-icu)

Escore	Definição
0	Incapaz de tentar ou concluir a tarefa completa em razão de fraqueza
1	Dependência total
2	Assistência máxima (o paciente realiza \leq 25% do trabalho)
3	Assistência moderada (o paciente realiza 26% - 74% do trabalho)
4	Assistência mínima (o paciente realiza \geq 75% do trabalho)
5	Apenas supervisão
6	Independência modificada
7	Independência total

Detalhes completos da administração e pontuação da Escala de Estado Funcional para UTI, inclusive a descrição das escalas de pontuação e das cinco tarefas funcionais (rolamento, transferir-se da posição supina para sentada, sentar-se à beira do leito, transferir-se da posição sentada para em pé e caminhar) estão disponíveis gratuitamente no site www.ImproveLTO.com

Fonte: SILVA *et al.*, 2017.

HABILIDADE AVALIADA
Rolar para um dos lados
Transferência de supino para sentado
Sentado na beira leito
Transferência do sentado para de pé
Deambular

Fonte: MARTINS *et al.*, 2021.

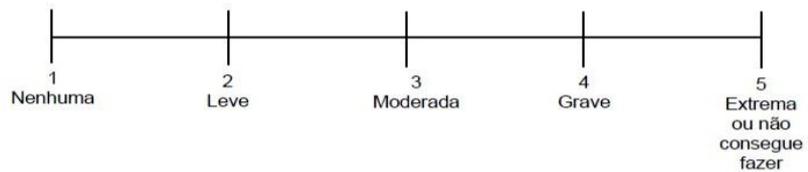
ANEXO B - WHODAS 2.0



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº2





WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

Condições de saúde:

- **Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde**
- **Lesões**
- **Problemas mentais ou emocionais**
- **Problemas com álcool**
- **Problemas com drogas**

Ter dificuldade com atividades significa:

- **Esforço aumentado**
- **Desconforto ou dor**
- **Lentidão**
- **Alterações no modo de você fazer a atividade**

Pense somente nos últimos 30 dias.

Versão Whodas 2.0 administrada ao paciente



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Entrevista

Seção 4 Questões centrais

Mostre o cartão resposta nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S6	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5
S8	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?	1	2	3	4	5

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presente?	Anote o número de dias _____			
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____			
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____			

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

Página 5 de 5 (versão de 12 itens, administrada por entrevistador)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão com 12 itens, administrada ao *proxy* (familiar/cuidador)

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde vivenciadas pela pessoa por quem você está respondendo em sua posição como amigo, parente ou cuidador. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e, com o conhecimento que você tem, responda essas questões pensando em quanta dificuldade seu amigo, parente ou pessoa que é cuidada por você teve enquanto fazia as seguintes atividades. (Nota: o questionário usa o termo “parente” com significado de “amigo”, “parente” ou “pessoa que é cuidada”). Para cada questão, por favor, marque somente uma resposta.

H4a	Eu sou o(a) _____ (esc olhauma) dessa pessoa.	1 =	Marido o	5 =	Outro parente
		2 =	Pai ou mãe	6 =	Amigo(a)
		3 =	Filho ou filha	7 =	Cuidador(a) profissional
		4 =	Irmão o	8 =	Outro (especifique)

^a Questões H1-H3 aparecerão no final do questionário.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade o seu parente teve em:						
S1	<u>Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S2	<u>Cuidar das responsabilidades domésticas dele(a)?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S3	<u>Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S4	<u>Quanta dificuldade seu parente teve ao participar em atividades comunitárias</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

(por exemplo, festividades, outra pessoa?)						
S5	Quanto <u>seu</u> parente tem sido <u>emocionalmente afetado(a)</u> pela condição de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor continue na próxima página...

Página 1 de 2 (versão com 12 itens, administrada ao proxy)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Proxy

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade o seu parente teve em:						
S6	<u>Ficar em pé</u> por <u>longos períodos</u> com o <u>30 minutos?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S7	<u>Andar por longas distâncias</u> como por 1 quilômetro.	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S8	<u>Lavar o corpo inteiro?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S9	<u>Vestir-se?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S10	<u>Lidar com pessoas que ele(a) não conhece?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S11	<u>Manter uma amizade?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S12	No dia-a-dia de <u>trabalho</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não

dele(a)?	consegue fazer
----------	-------------------

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	<i>Anote o número de dias</i>
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias seu parente esteve <u>completamente incapaz</u> de executar as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de qualquer condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que seu parente esteve totalmente incapaz, por quantos dias seu parente <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de alguma condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>

Isto completa o questionário. Obrigado.

ANEXO C - Índice de Barthel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ Data ____ / ____ ata

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO		
ITEM		SUBTOTAL
ALIMENTAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Precisa ser alimentado. 2. Assistência ativa durante toda tarefa. 3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato). 4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite. 5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário. 	
HIGIENE PESSOAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal. 2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas. 3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas. 4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas. 5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes, e fazer a barba. Inclusive usar um barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador, assim como alcançá-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiar e fazer penteados, se usar. 	
USO DO BANHEIRO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa. 2. Assistência em todos os aspectos das tarefas. 3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos. 4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo. 5. Independente em todos os passos. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo. 	
BANHO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os passos. Não participa. 2. Assistência em todos os aspectos. 3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas. 4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência. 5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente. 	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontinente 2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatórias de evacuação. 3. Assistência para uso das técnicas facilitatórias e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais. 4. Supervisão ou ajuda para por o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional. 5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário. 	

CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontinente. Uso de caráter interno. 2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo. 3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos. 4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter). 5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos. 	
VESTIR-SE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa. 2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma. 3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa. 4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarras sapatos, sutiã, etc. 5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a roupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas. 	
TRANSFERÊNCIAS (CAMA E CADEIRA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas). 2. Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência. 3. Assistência em algum dos passos desta atividade. 4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos. 5. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar e sentar-se nela e voltar à cadeira de rodas. 	

ITEM		SUBTOTAL
SUBIR E DESCER ESCADAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de usar degraus. 2. Assistência em todos os aspectos. 3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa. 4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco. 5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer. 	
DEAMBULAÇÃO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente na deambulação. Não participa. 2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação. 3. Assistência necessária para alcançar apoio e deambular. 4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros. 5. Independente. Pode caminhar, ao menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso. 	
MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS (ALTERNATIVO PARA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente na ambulação em cadeira de rodas. 2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira. 3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro... 4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias. 5. Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias 	

DEAMBUL AÇÃO)	para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 m.	
		TOTAL

AVALIAÇÃO

A pontuação adotada pelo Índice de Barthel Modificado e sua relação com o grau de assistência e independência é:

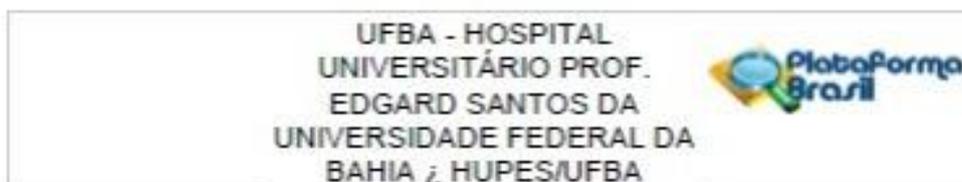
1. Dependente total ou incapacidade de realizar a tarefa
2. Assistência em todos os aspectos
3. Assistência em alguns passos da tarefa
4. Assistência mínima ou supervisão na tarefa
5. Totalmente independente

ESCORE

- 10 Dependência total
- 11-30 Dependência severa
- 31-45 Dependência moderada
- 46-49 Ligeira dependência
- 50 Independência total

REFERÊNCIAS: Shah; Vanclay; Cooper, 1989

ANEXO D - Aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: Larissa Chaves Pedreira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55433121.7.0000.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.754.122

Apresentação do Projeto:

Trata-se de EMENDA ao projeto.

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

Objetivo da Pesquisa:

Esse projeto tem três objetivos, correspondentes a três subprojetos:

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

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1ª Andar
 Bairro: Canela CEP: 40.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3648-3450 Fax: (71)3648-3534 E-mail: cep.hupes@ufba.br

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



Continuação do Parecer 5.754.122

Recomendações:

vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após leitura da carta resposta às pendências solicitadas e análise dos documentos apresentados, com base nos critérios estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução CNS nº 466/2012, consideramos atendidas e encaminhamos ao colegiado para apreciação final e **APROVAÇÃO**.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

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

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

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente a cada 6 (seis) meses e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Vieira, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canaã CEP: 40.110-080
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3646-3450 Fax: (71)3646-3524 E-mail: cep.hupes@ufba.br

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



Continuação do Parecer: 5.754.122

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1950905_E1.pdf	17/10/2022 17:09:11		Aceito
Outros	Mineexame.pdf	17/10/2022 17:04:52	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Whodas.pdf	17/10/2022 17:03:04	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	17/10/2022 16:54:09	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Termo_uso_dados_inclusao.pdf	19/09/2022 14:22:33	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Equipe_detalhada.pdf	15/09/2022 11:45:45	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Adendo.pdf	15/09/2022 11:44:03	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	TCLEprofissional.pdf	15/02/2022 18:48:45	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉpaciente.pdf	15/02/2022 18:47:47	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTACEP.pdf	15/02/2022 18:44:33	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadePesquisadorProjeto.pdf	31/01/2022 21:09:10	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CUIDADOS_DE_TRANSICAO_ATUAL.docx	27/01/2022 13:01:36	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/01/2022 12:27:57	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTOCUIDADOR.pdf	15/07/2021 21:00:49	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTOpaciente.pdf	15/07/2021 21:00:18	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	INSTRUMENTODEACOMPANHAMENTO.pdf	15/07/2021 20:58:59	Larissa Chaves Pedreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3646-3450 Fax: (71)3646-3524 E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br