



**UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA**

---

**PAULA GRAZIELA PEDRÃO SOARES PERALES**

**IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL:  
QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA  
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR  
MEIO DA PESQUISA-AÇÃO**

---

LONDRINA-PARANÁ  
2023

**PAULA GRAZIELA PEDRÃO SOARES PERALES**

**IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL:  
QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA  
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR  
MEIO DA PESQUISA-AÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARA SOLANGE  
GOMES DELLAROZA

**LONDRINA-PARANÁ  
2023**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Perales, Paula Graziela Pedrão Soares .

Idoso com dependência funcional: : qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa ação / Paula Graziela Pedrão Soares Perales. - Londrina, 2023.

180 f. : il.

Orientador: Mara Solange Gomes Dellarozza.

Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

Inclui bibliografia.

1. Idoso com dependência funcional - Tese. 2. Transição hospital -domicílio - Tese. 3. Continuidade do cuidado - Tese. 4. Protocolo assistencial - Tese. I. Gomes Dellarozza, Mara Solange . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**PAULA GRAZIELA PEDRÃO SOARES PERALES**

**IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA  
NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor(a) em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> MARA SOLANGE GOMES DELLAROZA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR**  
**ORIENTADORA**

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. ELEINE APARECIDA PENHA MARTINS**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR**

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. REGINA CELIA BUENO REZENDE MACHADO**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR**

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup> LIGIA CARREIRA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - PR**

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. BRÍGIDA GIMENEZ CARVALHO**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - PR**

Londrina, de outubro de 2023.

# Dedico

Ao meu eterno amor Leandro,

com quem compartilhei sonhos e alegrias.

Agradeço o privilégio de tê-lo tido em minha vida,  
e ter conhecido o mais puro e genuíno  
dos sentimentos: O Amor!

Aos meus filhos Julia, Manuela e Davi,

razão do meu viver, para que conheçam o valor da educação.

Estudar é acreditar na vida e ter esperança de um futuro melhor.

Vocês são minha luz, que me direcionam todos os dias por esses  
caminhos difíceis. Com vocês eu aprendo mais do que ensino!

Amo vocês mais que tudo e até a lua!

Às pessoas idosas

Razão desta pesquisa e a quem devemos respeito e amor.

Cuidar da pessoa idosa é respeitar o próprio futuro!

# Agradecimentos

À Minha Mãe Sonia,  
mulher forte e admirável, que nunca mediu  
esforços para minha felicidade! Te amo Mãe,  
sou eternamente grata por você existir e ter me  
transformado na pessoa que hoje sou.  
Obrigada, você é meu  
maior exemplo de amor incondicional.

Ao meu pai José Mauro (in memoriam)  
pelo tempo que tivemos e oportunidades  
que me possibilitou!

Agradeço à minha família, meu bem maior...

Meus queridos avós Adelina (in memoriam) e Irineu  
que se dedicaram e cuidaram de mim com muito amor,  
e me ensinaram o valor do Conhecimento!

Meu irmão Eduardo  
pelo seu amor e cuidado! Amo você...

Minhas cunhadas Érica, Cláudia e Simone,  
irmãs de coração e alma. Sempre à disposição  
para qualquer situação, agradeço por tê-las  
em minha vida! Amo vocês...

Meu sogro José Carlos,  
um pai presente e amoroso. Obrigada por  
partilhar sua vida conosco e estar sempre presente!

Meus sobrinhos João Pedro, Rafael e Matheus  
sinônimos de alegria e amor! Como é bom ter vocês.

Meu cunhado e irmão Thiago  
pelo carinho, cuidado e parceria de sempre!

Às minhas amigas Silvana Ferri Fecho  
por me ouvir inúmeras vezes e sempre me  
lembrar que sou forte! Sempre com uma palavra  
de elogio que me fez acreditar por muitas  
vezes que eu era capaz! Obrigada Sil!

Juliana Oliveira Vicente Franchi  
pelo carinho, parceria e entendimento.  
Obrigada Ju por não medir esforços  
para me ajudar no desenvolvimento e  
término deste trabalho e, por compartilhar  
sua amizade com tanta dedicação e carinho!

Agnes  
obrigada por sempre me amparar, me ajudar,  
se preocupar. Sempre disposta para qualquer coisa!  
Você é admirável. Minha gratidão e carinho eterno.

Márcia  
agradeço a forma singela que você cuida de mim!  
Obrigada por estar diariamente do meu lado e  
me ensinar tantas coisas. Você é muito especial!!

Ao Hospital Dr Eulalino Ignácio de Andrade  
por acreditar que profissionais qualificados podem modificar  
a prática assistencial e oferecer uma saúde melhor às  
pessoas. Agradeço o incentivo e apoio nessa jornada.

Agradeço à minha orientadora Mara Solange Gomes Dellaroza,  
exemplo de pessoa e educadora. Seu olhar, suas atitudes  
e seus abraços que tanto me acolheram, sempre  
repletos de carinho e amor, me possibilitaram  
terminar essa tese. Serei eternamente grata  
por ter me acolhido no doutorado, em sua vida  
e seu coração. Obrigada por não me deixar desistir,  
por me permitir chorar e me ouvir, você é  
uma pessoa incrível. Seus ensinamentos ultrapassam  
às questões científicas, dizem respeito a viver  
com amor e respeito. Há caminhos que se cruzam,  
inexplicavelmente por algo que desconhecemos  
o porquê, mas não acredito em acasos...  
você estava lá porque Deus assim quis!

Às professoras e eternas orientadoras  
Marli Terezinha Vanucchi e Mara Lucia Garanhani,  
às quais tenho profunda admiração, respeito e carinho!  
Sou grata por tê-las na minha caminhada científica e de vida!

Às profas. Elaine Aparecida Penha Martins,  
Regina Célia Bueno Rezende Machado,  
Ligia Carreira, Brígida Gimenez Carvalho,  
por aceitarem participar da banca de defesa desse  
trabalho e pelas inúmeras contribuições no  
Exame de Qualificação, que tanto enriqueceram meu estudo.

À Coordenação e professores do Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da UEL  
pelo saber compartilhado.

Aos profissionais que se dispuseram a participar deste  
estudo, por me ensinarem e compartilharem seus saberes.

Aos Membros do Grupo de Estudos sobre o  
Envelhecimento (Gesenf) pelos momentos  
de troca de saberes, ajuda mútua e incentivo.

Às alunas Thassiana e Rafaela  
pela imensa contribuição na coleta de dados  
nas rodas de conversa e pela qualidade  
do trabalho na transcrição dos áudios.

À todas as pessoas que, direta ou indiretamente,  
fizeram parte da construção deste trabalho!

*Agradeço a Deus por chegar até aqui e me sustentar nas dificuldades  
vividas, colocando pessoas tão especiais em meu caminho!*

PERALES, Paula Graziela Pedrão Soares. **Idoso com dependência funcional: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação.** 2023. 180p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

## RESUMO

**Introdução:** A transição do cuidado da pessoa idosa com dependência funcional do hospital para o domicílio necessita ser planejada e implementada de maneira eficaz, proporcionando segurança à pessoa idosa, sua família e equipe de saúde. **Objetivo:** Analisar o processo de desenvolvimento de ações para o aprimoramento da assistência à saúde da pessoa idosa com dependência funcional, na transição hospital-domicílio. **Método:** Pesquisa-ação, realizada em um hospital de nível secundário, no período de 2019 a 2021, que envolveu profissionais de saúde do âmbito hospitalar. Desenvolvida em duas etapas: fase exploratória e fase dos grupos participantes. Foi utilizada, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada na fase exploratória, e nos grupos participantes foram utilizadas estratégias como rodas de conversa, metodologias ativas e método 5W2H. Adotou-se como arcabouço teórico a teoria das transições proposta por Afaf Meleis e as políticas públicas voltadas à população idosa no Brasil. **Resultados:** Na fase exploratória identificaram-se os condicionantes facilitadores e inibidores para uma transição de cuidado segura, na perspectiva de uma equipe multiprofissional hospitalar, e as intervenções para aprimoramento da transição do cuidado do idoso dependente. Destaca-se a importância de melhorar a comunicação com a Rede de Assistência a Saúde (RAS), empoderar o idoso e a família com conhecimento e estratégias de adaptação à nova condição de vida, e o envolvimento da equipe multiprofissional hospitalar no processo de transição de cuidado. A fase dos grupos participantes resultou na realização de sete oficinas com a equipe multiprofissional que, pautadas na problematização da realidade vivenciada e no aprofundamento teórico, possibilitaram a construção de um Programa de Alta Segura para idosos dependentes que incluiu: Organização do plano de ações, um Fluxograma normativo, um Roteiro de Entrevista e uma Cartilha de Orientações de Alta direcionada ao idoso e sua família. **Conclusão:** Os resultados desta tese demonstram o percurso para a construção, de forma participativa, de ações que qualificam a assistência prestada ao idoso com dependência funcional na sua transição hospital-domicílio. A segurança na continuidade do cuidado ao idoso dependente mostrou-se fragilizada, sinalizando uma descontinuidade assistencial e maior risco à saúde da pessoa idosa. O desenvolvimento de intervenções que minimizem as reinternações hospitalares, os custos em saúde e que contribuam para melhorar a qualidade de vida deste grupo etário são importantes contributos em um cenário mundial de envelhecimento populacional.

**DESCRITORES:** Idoso. Cuidado Transicional. Dependência Funcional. Alta do Paciente. Equipe de Assistência ao Paciente.

PERALES, Paula Graziela Pedrão Soares. **Elderly people with functional dependence**: qualifying the hospital-home transition assistance through action research. 2023. 180p. Thesis (Doctorate in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2023.

## ABSTRACT

**Introduction:** The transition of care from hospital to home for elderly people with functional dependence needs to be planned and implemented effectively, providing security for the elderly person, their family, and the healthcare team. **Objective:** To analyze the process of developing actions to improve health care for elderly people with functional dependence, in the hospital-home transition. **Method:** Action research conducted in a medium-complexity hospital from 2019 to 2021 with healthcare professionals, developed in two stages: an exploratory phase and a phase of participant groups. Data collection took place using a semi-structured interview technique in the exploratory phase, and strategies such as conversation circles, active methodologies, and the 5W2H method were used in the participating groups. The theory of transitions proposed by Afaf Meleis and public policies aimed at the elderly population in Brazil was adopted as a theoretical framework. **Results:** In the exploratory phase, enabling and impairing conditions for a safe transition of care were identified, from the perspective of a multidisciplinary hospital team, and interventions to improve the transition of care for dependent elderly people. The importance of improving communication with the Health Care Network (RAS) is highlighted, empowering the elderly and their families with knowledge and strategies for adjusting to their new living conditions, and the involvement of the multidisciplinary team in the healthcare transition process. The participating groups' phase resulted in seven workshops with the multidisciplinary team which, based on the problematization of the experienced reality and theoretical deepening, enabled the creation of a High-Security Program for the dependent elderly that included the organization of the action plan, a Regulatory flowchart, an Interview Guide, and a Discharge Guidelines Booklet aimed at the elderly and their families. **Conclusion:** The results of this thesis show the path towards the construction, in a participating manner, of actions that qualify the assistance provided to elderly with functional status in their hospital-home transition. Security in the continuity of care for dependent elderly proved to be weakened, showing fragmented care and a greater risk to the health of the elderly person. The development of interventions that minimize hospital readmissions and health costs and that contribute to improving the quality of life of this age group are important contributions in a global scenario of population aging.

**DESCRIPTORS:** Elderly. Transitional Care. Functional Status. Patient Discharge. Patient Care Team.

# LISTA DE FIGURAS

## ESTUDO 1

- FIGURA 1** Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance ..... 37

## ESTUDO 3

- FIGURA 1** Fluxograma assistencial de alta hospitalar segura para o idoso dependente ..... 96
- FIGURA 2** Ilustração representativa da Cartilha Educativa do Programa de Alta Segura do Idoso Dependente ..... 100

## LISTA DE QUADROS

### ESTUDO 3

- QUADRO 1** Dados da primeira etapa da pesquisa-ação para construção do programa de alta hospitalar segura para idosos dependentes ..... 91
- QUADRO 2** Itens que compõem o roteiro de entrevista do programa de alta hospitalar segura para idosos dependentes ..... 98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AD</b>	Atenção Domiciliar
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>DCNTs</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IVCF-20</b>	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>ONU</b>	Organizações das Nações Unidas
<b>P</b>	Profissionais
<b>PCCM</b>	Pacientes Crônicos, Complexos e Multi -ingressos
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNAD</b>	Política Nacional de Atenção Domiciliar
<b>PNAH</b>	Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>PNSI</b>	Política Nacional de Saúde do Idoso

**PNSPI** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**PREALTA** Programa de Preparação de Alta Hospitalar

**RAS** Rede de Assistência à Saúde

**RNCCI** Rede de Cuidados Continuados Integrados de Portugal

**SAD** Serviço de Atenção Domiciliar

**SUS** Sistema Único de Saúde

**UBS** Unidade Básica de Saúde

**UEL** Universidade Estadual de Londrina

# SUMÁRIO

<b>CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1 ESTUDO 1 – CUIDADO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES: INTERFACES COM A TEORIA DAS TRANSIÇÕES .....</b>	<b>29</b>
<b>1.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>1.2 MÉTODO .....</b>	<b>34</b>
<b>1.3 RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>1.4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
<b>2 ESTUDO 2 – CONSTRUÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE UM PROGRAMA DE ALTA HOSPITALAR PARA IDOSOS DEPENDENTES .....</b>	<b>59</b>
<b>2.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>62</b>
<b>2.2 MÉTODO .....</b>	<b>64</b>
<b>2.3 RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
<b>2.4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>3 ESTUDO 3 –PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE INTERVENÇÕES PARA ALTA SEGURA DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES .....</b>	<b>84</b>
<b>3.1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>3.2 MÉTODO .....</b>	<b>89</b>
<b>3.3 RESULTADOS .....</b>	<b>93</b>

<b>3.4 DISCUSSÃO</b> .....	<b>103</b>
<b>3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>108</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>115</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Gestores .....	<b>122</b>
<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Equipe Multiprofissional .....	<b>124</b>
<b>APÊNDICE C</b> – Questionário Sociodemográfico e Ocupacional Para Equipe Multiprofissional .....	<b>126</b>
<b>APÊNDICE D</b> – Roteiro de Entrevista Para Equipe Multiprofissional .....	<b>127</b>
<b>APÊNDICE E</b> – Caso Clínico apresentado ao grupo participante para reflexão sobre o fluxograma de alta hospitalar vigente .....	<b>128</b>
<b>APÊNDICE F</b> – Roteiro de Entrevista construído pelo grupo participante .....	<b>129</b>
<b>APÊNDICE G</b> – Casos clínicos apresentados ao grupo participante para testar as escalas de Katz e IVCF-20 .....	<b>131</b>
<b>APÊNDICE H</b> – Cartilha: Orientações de Cuidados Domiciliares Após a Alta Hospitalar construída pelo grupo participante .....	<b>133</b>
<b>APÊNDICE I</b> – Fluxograma de Alta Hospitalar Segura construída pelo grupo participante .....	<b>170</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina .....	173
<b>ANEXO B</b> – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR .....	177
<b>ANEXO C</b> – Autorização Definitiva da Secretaria Municipal de Saúde .....	180

# Contextualização

O envelhecimento populacional no Brasil, nas últimas décadas, segue a lógica da transição demográfica e epidemiológica que acontece no mundo e está vinculado ao aumento da expectativa de vida, queda nas taxas de natalidade e mortalidade (Torres *et al.*, 2020; Ceccon *et al.*, 2021).

O direcionamento de leis no Brasil era voltado para uma população de país jovem, cenário que começou a apresentar mudanças a partir da década de 70, diante do novo perfil demográfico da população. As políticas públicas na área da saúde do idoso no Brasil são recentes e datam especificamente do ano de 1999 (Brasil, 1999).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal e, com ela, a conquista do direito universal à saúde pela sociedade com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A lei estabelece que as pessoas idosas devem ser amparadas pela família, sociedade e o Estado, garantindo sua participação na comunidade, protegendo sua dignidade e bem-estar, proporcionando-lhe o direito à vida (Brasil, 1990).

Uma das primeiras deliberações legislativas, específica para as pessoas idosas, foi a Política Nacional do Idoso (PNI), publicada no ano de 1994 e regulamentada em 1996, pelo Decreto nº 1.948, em 3 de julho. A finalidade da PNI era assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para a autonomia, integração e participação na sociedade (Brasil, 1994, 1996).

Buscando implementar a PNI, em 1997 criou-se o Plano Integrado de Ação Governamental. Esse plano teve como finalidade desenvolver ações preventivas, promocionais e curativas voltadas à população idosa, visando melhorar a qualidade de vida dessa população.

O Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, aprovou em 1999 a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), em que a capacidade funcional é considerada o principal problema que pode afetar a pessoa idosa (Brasil, 1999).

Em 2003, nasceu o Estatuto do Idoso, como uma proposta de lei que trouxesse uma proteção específica aos idosos, em decorrência da falta de efetividade no cumprimento da Lei nº 8842/1994, que instituiu a PNI. O Estatuto priorizou o atendimento da pessoa idosa, incluindo aqueles que já apresentem algum grau de dependência (Brasil, 2003).

Ainda na perspectiva de superar os desafios impostos na implementação das políticas públicas e na gestão do SUS, no ano de 2006 foi firmado o Pacto pela Saúde, que colocou a saúde do idoso no topo das prioridades, tendo como meta a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta foi aprovada pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, e tem como finalidade manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, prima pela atenção integral ao idoso e reconhece a incapacidade funcional como o principal problema que pode afetar a saúde da pessoa idosa. A lei considera pessoa idosa aquela com idade igual ou maior que 60 anos (Brasil, 2006).

O Brasil dispõe de políticas públicas gerais e específicas para a saúde do idoso, porém a implementação é lenta e necessita-se avançar para que o SUS ofereça respostas efetivas às necessidades de saúde da população brasileira (Torres *et al.*, 2020; Minayo *et al.*, 2021).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua de 2022 apontou que, em dez anos, a parcela de pessoas idosas passou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, isso representa o aumento de 22,3 milhões para 31,2 milhões de idosos, o que corresponde a um crescimento de 39,8% no período (IBGE, 2022). Dados publicados pela ONU (2022) mostram que em 2070 o Brasil deve apresentar aproximadamente 30% de pessoas com 65 anos ou mais.

Quanto à tendência de envelhecimento populacional no país, destaca-se o aumento do número de longevos, os idosos de 80 anos ou mais, período da vida considerado vulnerável, pois há maior perda de autonomia, culminando em dependência (Ceccon *et al.*, 2021; Billet *et al.*, 2019).

Concomitante ao envelhecimento populacional, a incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) aumenta. As DCNTs integram um conjunto de condições crônicas de múltiplas causas, início gradual e curso prolongado, com períodos de agudização, e que podem gerar incapacidades. No Brasil, representam a maior carga de doenças e morte e são responsáveis por grande número de internações, o que envolve a perda significativa da qualidade de vida, à medida que a doença se agrava (Brasil, 2014; Passos *et al.*, 2020).

As DCNTs são mais frequentes entre pessoas idosas, fazendo com que sua saúde piore consideravelmente. A longevidade está levando a população a uma condição de maior morbidade, incapacidade e dependência (Ceccon *et al.*, 2021).

Em estudo multicêntrico, realizado no Brasil com o objetivo de obter dados para fomentar a elaboração de políticas públicas sobre dependência, identificou-se que a maioria dos idosos dependentes que participaram da pesquisa (50,3%) possuía duas DCNTs e todos os idosos faziam tratamento medicamentoso (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade compreende todas as funções corporais e ações, ao passo que a incapacidade engloba as deficiências, limitação da capacidade ou restrição no desempenho de atividades. A dependência é a manifestação da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica em decorrência de um problema de saúde (WHO, 2001).

Sobre a funcionalidade e disfuncionalidade no idoso, Figueiredo; Ceccon; Figueiredo (2021) relatam que a maior causa de dependência entre os idosos é a perda da funcionalidade, causada principalmente pelas DCNTs, porém, afirmam que uma disfuncionalidade em um dos aspectos da vida das pessoas idosas não significa que elas sejam disfuncionais em todos os outros. Ademais, atualmente, com os inúmeros conhecimentos na área da saúde, muito se pode contribuir para que a pessoa idosa recupere sua autonomia ou atenuar seu sofrimento.

Nesse contexto, Billet *et al.* (2019) afirma que a qualidade de vida da pessoa idosa está diretamente vinculada à manutenção da sua funcionalidade e autonomia. Com o crescimento acelerado da população idosa, torna-se urgente desenvolver instrumentos para enfrentar essa situação, especialmente, com os que perdem a sua autonomia física, mental, social, emocional e cognitiva (Minayo, 2019).

Segundo dados da OPAS (2019), 40% dos idosos na América Latina necessitam de cuidados prolongados e estima-se que nas próximas três décadas esse número será três vezes maior. No Brasil, estima-se que em 2050 haverá aproximadamente 77 milhões de pessoas dependentes de cuidados, considerando idosos e crianças (IBGE, 2017).

O cenário atual do envelhecimento no Brasil exige que os serviços de saúde invistam na prevenção de doenças crônicas, no atendimento multidisciplinar e na continuidade do cuidado, pois a doença deve ser considerada a partir de uma perspectiva do contexto de vida, das comorbidades, buscando-se a manutenção pelo maior tempo possível da saúde física, cognitiva, emocional e psicológica da pessoa idosa. Observa-se que os serviços de saúde não estão preparados para assegurar os cuidados continuados que essa população necessita, pois ainda funcionam sob o paradigma biomédico (Mendes, 2018).

Minayo (2019) apresenta a problemática que envolve a pessoa idosa dependente de cuidados e evidencia que o ônus de cuidar do idoso não pode ser atribuído apenas às famílias. Na perspectiva política, destaca a necessidade de definir o dever do Estado frente ao panorama do envelhecimento e da dependência e, na perspectiva operacional, a estruturação dos serviços de saúde de forma integrada, multiprofissional e de formação dos profissionais de saúde para cuidar dessa parcela da população vulnerável.

A incapacidade funcional na pessoa idosa é o grande desafio atual. A própria PNSPI reconhece a fragilidade do sistema de saúde em prover

atendimento integral a essa parcela da população em situação de dependência de cuidados, ficando essa responsabilidade atribuída à família (BRASIL, 2006).

Um dos fatores agravantes para o declínio funcional do idoso diz respeito às hospitalizações frequentes, principalmente, em decorrência das limitações impostas para realizar suas Atividades de Vida Diária (AVDs) durante a internação e do desconhecimento da equipe de saúde da necessidade de incentivar sua autonomia (BILLET *et al.*, 2019).

Observa-se o aumento do número de hospitalizações de pessoas idosas nas últimas décadas. Em 2016, 24,9% das pessoas hospitalizadas no SUS tinham acima de 60 anos e 14,2%, mais de 70 anos (DATASUS, 2016).

Estudo de coorte prospectivo identificou que, 30 dias após a alta hospitalar, 28% dos idosos apresentaram piora da funcionalidade, comparando-se com os 15 dias que antecederam a internação. Idosos com síndrome da fragilidade no momento da internação possuem maior risco para declínio funcional após 30 dias de alta (Carvalho *et al.*, 2018).

Em outro estudo de coorte prospectivo, os autores identificaram os preditores do declínio funcional em pessoas hospitalizadas com 70 anos ou mais, usando como parâmetro a capacidade funcional prévia à hospitalização e até 3 meses após a alta. Dentre os preditores mais relevantes identificados encontram-se a idade e internação prévia (Tavares; Nunes; Grácio, 2021).

Neste cenário do envelhecimento e dependência, vários estudos de revisão de literatura foram realizados com o objetivo de identificar as estratégias para a transição do cuidado na alta hospitalar (Petrocini *et al.*, 2022; Belga; Jorge; Silva, 2022; Gheno; Weis, 2021; Menezes *et al.*, 2019; Lima *et al.*, 2018).

Bernardino *et al.* (2022), após análise de conceito, definem os cuidados de transição como práticas coordenadas, eficazes para garantir a segurança e a continuidade de cuidados durante a transferência da pessoa na alta hospitalar e, assim, garantir qualidade de vida e evitar reinternações.

Outro termo encontrado com frequência nas produções científicas é Cuidado Continuado. A Sociedade Americana de Geriatria conceitua Cuidados Continuados como um conjunto de ações definidas para assegurar a gestão e a continuidade da assistência aos pacientes que são transferidos entre os serviços de saúde (AGS, 2018).

Em vários países, a transição do cuidado, ou a continuidade do cuidado na alta hospitalar, já faz parte da pauta governamental e nos serviços de saúde.

Na Espanha, o Programa de Atenção aos Pacientes Crônicos, Complexos e Multi-ingressos (PCCM) propõe um conjunto de estratégias destinadas à continuidade do cuidado entre os níveis assistenciais e que são coordenadas pelo enfermeiro hospitalar. Outras propostas existem em diferentes regiões da Espanha, porém, há um consenso no país sobre a necessidade da reorientação dos serviços de saúde para um modelo que garanta a continuidade dos cuidados nos diversos níveis assistenciais (Costa *et al.*, 2020). Em Barcelona, na Espanha, foi desenvolvido o Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA), que se originou a partir da percepção dos profissionais de saúde da necessidade de manter a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Os enfermeiros realizam a coordenação com os profissionais de saúde e, em conjunto com o paciente e família, estabelecem o plano de cuidados mais adequado (Girbau; Blanch, 2011).

Outra experiência exitosa vinculada à transição do cuidado, ocorre no Canadá. Este país trabalha com o enfermeiro de ligação, que tem a função de coordenar a alta hospitalar, acompanhar o cuidado e é responsável por transferir as informações entre o hospital e demais serviços de saúde (Aued *et al.*, 2019).

Em Portugal, desde 1994, o país iniciou uma política de cuidados continuados integrados, que tinha como propósito melhorar os cuidados existentes e desenvolver novas propostas de cuidados. Em 2006, por meio da Lei n. 101, os cuidados continuados foram incorporados na política e no sistema de

saúde como um direito do cidadão, com articulação entre as áreas social e da saúde, destinados a todas as idades. A Rede de Cuidados Continuados Integrados de Portugal (RNCCI) é utilizada em sua maioria por idosos acima de 65 anos de idade, principalmente, pelo aumento na dependência de cuidados e incidência de doenças crônicas (Carvalho, 2014).

No Brasil, em 2016, foi publicada a Portaria n. 825, redefinindo a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS. A AD é a modalidade de atenção à saúde integrada à RAS, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados. É indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva. A desospitalização com cuidado continuado é um dos objetivos da AD (Brasil, 2016).

Além disso, o Brasil conta com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH). A PNAH traz como um de seus eixos estruturantes a Alta Responsável, ou seja, a transferência de cuidado do hospital ao domicílio de forma segura. Nela devem ocorrer a orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a implantação de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (Brasil, 2013).

Apesar dos avanços nas leis de proteção ao idoso e políticas públicas no Brasil, observa-se um déficit na sua implementação. A continuidade do cuidado após a alta hospitalar, por meio de uma transição de cuidado segura, é uma oportunidade para melhorar a eficiência do sistema de saúde, uma vez que permite reduzir a chance de piora da funcionalidade do idoso, ao evitar as reinternações hospitalares (Polisaitis; Malik, 2019).

Vale ressaltar que o conceito de alta hospitalar vem-se modificando ao longo do tempo e ganhando novas dimensões. O termo “transição do cuidado” precisa ocupar espaço na realidade prática dos serviços de saúde

que compõem a RAS, no tocante a um tempo de transformações de uma sociedade que envelhece e que pretende oferecer processos cada vez mais seguros aos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Ademais, atualmente, a dimensão segurança é tida como importante atributo do conceito de qualidade do cuidado, de modo que, na presente tese, analisa-se a transição do cuidado do hospital para o domicílio com enfoque na pessoa idosa dependente de cuidados.

Dessa forma, estudos que discutem, avaliam ou analisam a assistência à saúde ofertada à pessoa idosa, em especial àquelas dependentes de cuidados, são essenciais para o entendimento de como a RAS está articulada para oferecer assistência de qualidade e segura a esta parcela da população, assim como fornecem subsídios para a implementação de ações de segurança voltadas à saúde da pessoa idosa.

Diante do exposto, ressalta-se que este estudo está fundamentado nos preceitos da pesquisa-ação, método cuja característica predominante é seu caráter participativo, democrático e com vistas à mudança social. O referencial teórico metodológico utilizado foi Michel Thiollent (Thiollent, 2011).

O estudo ocorreu em uma cidade de porte médio do Paraná, com 580.870 habitantes, onde se estima um total de 81.848 idosos (14% da população geral) a partir de dados do cadastro da vacinação contra a COVID. Os serviços da RAS se distribuem em seis regiões e são compostos por 153 serviços de saúde, entre públicos, privados e filantrópicos. A rede hospitalar é composta por seis hospitais gerais, sendo dois de nível secundário e quatro de nível terciário (Londrina, 2017).

A pesquisa ocorreu em um hospital público de média complexidade, com capacidade para internação de 115 leitos, sendo 75 leitos para pacientes clínicos adultos, 26 leitos cirúrgicos adulto e 14 leitos pediátricos clínicos. O número de idosos internados, no período entre janeiro de 2021 e dezembro de 2021, correspondeu a 1554 internações de idosos acima de 65 anos (Antonio, 2022).

A realização desta pesquisa compreendeu do segundo semestre de 2019 ao segundo semestre de 2021 e foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa, fase exploratória, teve como objetivo explorar a percepção dos profissionais sobre a transição do idoso dependente do hospital para o domicílio e contou com a participação de 11 profissionais de saúde da área hospitalar que atuavam diretamente com a pessoa idosa: dois gestores, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro enfermeiros assistenciais das unidades de internação clínica. Utilizaram-se entrevistas individuais semiestruturadas para a coleta de dados. Na segunda etapa da pesquisa, constituíram-se os grupos participantes, e ela contou com nove profissionais que participaram da primeira fase da pesquisa. A sua escolha teve um caráter intencional, considerando o engajamento e disponibilidade dos profissionais para discutir a temática da transição de cuidados de pessoas idosas. Empregaram-se estratégias de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, incluindo a técnica de roda de conversa, para o desenvolvimento das reflexões, oportunizando um processo participativo e democrático.

Os estudos desta tese apresentam os resultados das duas etapas de coleta de dados. Destaca-se que foram analisados os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de alta hospitalar do idoso dependente e descritas as intervenções para qualificar o processo de alta no Estudo 1. O processo de construção de um Programa de Alta hospitalar Segura para idosos dependentes foi abordado no Estudo 2. E, no terceiro estudo, a descrição dos instrumentos desenvolvidos pelo grupo de participantes, que compõem um protocolo multiprofissional de intervenções para a alta segura de pessoas idosas dependentes.

Assim, considerando-se os dados epidemiológicos que apontam para o aumento significativo e ascendente da população idosa no Brasil, a associação do envelhecimento populacional a doenças de caráter crônico e ao desenvolvimento de incapacidade funcional, levando o idoso a hospitalizações frequentes que declinam ainda mais sua capacidade funcional e influenciam diretamente na sua qualidade de vida, e tendo em vista a relevância do

atendimento integrado das atenções em saúde que assistem o idoso com dependência funcional, torna-se imprescindível a discussão acerca dessa problemática, a fim de buscar estratégias e ações que qualifiquem a assistência à saúde do idoso com dependência funcional em sua transição hospital-domicílio.

Diante dos problemas associados à segurança na transição de cuidado da pessoa idosa dependente do hospital para o domicílio e da necessidade de cuidado continuado após a alta hospitalar, em prol de uma assistência qualificada à saúde da pessoa idosa, o presente estudo partiu da seguinte questão norteadora: Quais ações assistenciais e institucionais podem qualificar a assistência prestada ao idoso com dependência funcional na alta hospitalar?

A presente tese tem como objetivo geral: Analisar o processo de desenvolvimento de ações para o aprimoramento da assistência à saúde da pessoa idosa com dependência funcional, na transição hospital-domicílio.

Os resultados são apresentados em três artigos que buscam responder aos objetivos específicos:

Analisar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de alta hospitalar do idoso dependente e descrever as intervenções para o aprimoramento do processo da alta, na perspectiva de profissionais de saúde;

Discutir os aspectos que envolvem a assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;

Construir de forma participativa um plano de intervenções terapêuticas para alta segura de idosos dependentes, visando a uma transição saudável;

Descrever os instrumentos que compõem um protocolo multiprofissional de intervenções para a alta segura de pessoas idosas dependentes.

# 1 ESTUDO 1

Cuidado no processo de alta hospitalar de  
pessoas idosas dependentes: Interfaces  
com a Teoria das Transições

---

## CUIDADO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES: INTERFACES COM A TEORIA DAS TRANSIÇÕES

### RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional ocorrido nas últimas décadas está vinculado ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e tem repercutido no aumento de internações hospitalares, o que ocasiona piora da funcionalidade da pessoa idosa, tornando-a dependente de cuidados contínuos. A transição do cuidado do idoso dependente hospitalizado para o domicílio deve ocorrer de forma saudável, minimizando os riscos e evitando transições insalubres.

**Objetivo:** Analisar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de alta do idoso dependente e descrever as intervenções para o aprimoramento do processo da alta, na perspectiva de profissionais de saúde. **Método:** Estudo qualitativo referente à fase exploratória de uma pesquisa-ação e pautado no referencial teórico Teoria das Transições. Os participantes foram 11 profissionais de saúde de um hospital de média complexidade do norte do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, no período de dezembro de 2019 a maio de 2021, e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** Os condicionantes facilitadores para a transição de cuidado incluem: comunicação com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); permanência e envolvimento familiar no processo de hospitalização; e trabalho de uma equipe multiprofissional no âmbito hospitalar. Os condicionantes inibidores compreendem: ausência de um processo comunicativo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS); falta de comprometimento e conhecimento do familiar com o cuidar da pessoa idosa, situação econômica familiar; déficit de recursos humanos e alta demanda nos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e lacuna no seguimento do cuidado após a alta hospitalar. A transição do cuidado inicia-se no momento da alta, está centrado no profissional médico, as orientações de alta são pontuais e pouco envolvem a equipe multiprofissional, sendo considerados condicionantes inibidores para uma transição de cuidado segura. As intervenções abrangem: Comunicação (relatórios de alta multiprofissionais, plano de cuidados domiciliares, utilização do cartão do idoso, implantação de sistema informatizado integrando os níveis de atenção); Família e/ou cuidador: avaliação centrada da pessoa e seu contexto, inserir o cuidador no processo de cuidar durante a hospitalização do idoso, orientar o familiar/cuidador em uma abordagem multiprofissional pautada nas necessidades individuais, fortalecer e empoderar a família; RAS: gerenciamento do processo de hospitalização do idoso, sistematização da assistência à pessoa idosa em sua transição de cuidado hospital-domicílio. **Considerações Finais:** O planejamento e a execução da transição do cuidado do idoso dependente do hospital para o domicílio ocorre de maneira ineficiente. Intervenções podem ser implementadas de forma a minimizar a descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar, proporcionando segurança ao idoso e sua família.

**DESCRITORES:** Cuidado Transicional; Idoso; Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente. Dependência funcional. Educação em Saúde.

## CARE IN THE PATIENT DISCHARGE PROCESS OF DEPENDENT ELDERLY PEOPLE: INTERFACES WITH TRANSITIONS THEORY

### ABSTRACT

**Introduction:** Population aging that has occurred in recent decades is linked to the development of Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) causing an increase in hospital admissions, worsening the elderly's functional status, and making them dependent on continuous care. The care transition from hospitalized dependent elderly to home must occur in a safe way, minimizing risks and avoiding unsafe transitions. **Objective:** To analyze the enabling and impairing conditions in the discharge process of dependent elderly and describe interventions to improve the discharge process, from the perspective of health professionals. **Method:** A qualitative study referring to the exploratory phase of action research and based on the Theory of Transitions theoretical framework. The participants were 11 health professionals from a medium-complexity hospital in northern Paraná. Data collection took place through individual interviews, from December 2019 to May 2021, and were analyzed using the Content Analysis technique. **Results:** Enabling conditions for the transition of care include communication with the Home Care Service (SAD); The permanence of the family and their involvement in the hospitalization process; and the work of a multidisciplinary team within the hospital. The impairing conditions include the lack of a communication process with the Basic Health Units (UBS); lack of commitment and knowledge of the family member in caring for the elderly person, family's income; shortage in human resources, and high demand for Health Care Network (RAS) services; and gap in follow-up care after hospital discharge. The transition of care begins at the time of discharge, it is centered on the medical professional, discharge guidelines are concise and hardly commit the multidisciplinary team, being considered inhibiting conditions for a safe transition of care. Interventions include Communication (multidisciplinary discharge reports, home care plan, use of the elderly's card, implementation of a computerized system combining levels of care); Family and/or caregiver: assessment centered on the person and their context, introducing the caregiver in the care process throughout the elderly's hospitalization, guiding the family member/caregiver in a multidisciplinary approach based on individual needs, strengthening, and empowering the family; RAS: management of the elderly hospitalization process, systematization of assistance to elderly people in their transition from hospital to home care. **Final Considerations:** The planning and execution of the transition of care for dependent elderly from the hospital to the home takes place inefficiently. Interventions can be implemented to minimize the discontinuity of care after hospital discharge, providing security for the elderly and their families.

**DESCRIPTORS:** Transitional Care; Elderly; Patient Discharge; Continuity of Patient Care. Functional Status. Health Education.

## 1.1 INTRODUÇÃO

A transição do cuidado na alta hospitalar pode ser definida como um conjunto de ações que coordenam e propiciam o seguimento dos cuidados necessários ao paciente além do ambiente hospitalar. A sua implementação exige a consideração de diversos fatores, como o estado dos pacientes e seus familiares, os diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde e as condições ambientais e sociais (Shahsavari; Zarei; Mamaghani, 2019).

Bernardino *et al.* (2022), após análise do conceito de Cuidados de Transição, definiu-o como práticas coordenadas, validadas para assegurar a segurança e a continuidade dos cuidados na alta hospitalar, buscando garantir qualidade de vida e prevenir reinternações hospitalares.

Em uma revisão integrativa da literatura, as autoras identificaram os benefícios da transição do cuidado. Estes incluem a redução das reinternações e retornos às unidades de emergência, diminuição da mortalidade e custos hospitalares, redução de eventos adversos vinculados a medicamentos e à comunicação inadequada, além da melhora da qualidade de vida e a satisfação do usuário (Ghenó; Weis, 2021).

Na década de 60, a enfermeira e cientista egípcio-americana Afaf Ibrahim Meleis, disposta a investigar as intervenções facilitadoras do processo de transição dos indivíduos e os motivos que os levam a não conseguir transições saudáveis, desenvolveu a Teoria das Transições. A transição saudável é conquistada a partir do domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis; e, na medida em que ela não ocorra, isso pode levar o indivíduo a transições insalubres, colocando-o em vulnerabilidade e risco (Meleis, 2010).

Os processos de transição são inerentes ao ser humano, suscitam processos internos e estão relacionados com a saúde, capacidade de cuidar de si e seu bem-estar. Em idosos, as mudanças relacionadas ao ciclo vital estão, muitas vezes, associadas a doenças crônicas, causando um processo de transição saúde-doença, que pode ser descrito como uma mudança do estado de

bem-estar para o estado de doença, e exige novos modos de cuidar (Meleis, 2010).

O envelhecimento populacional é considerado um dos principais ganhos da sociedade, pois reflete os avanços sociais, tecnológicos e de saúde, porém, está vinculado ao aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), uma vez que a população idosa está mais vulnerável a estes tipos de doenças (Passos *et al.*, 2020).

No Brasil, são consideradas pessoas idosas aquelas com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003). A população brasileira vem mantendo nas últimas décadas a tendência de envelhecimento. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua apontou que, em dez anos, a parcela da população idosa passou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, isso representa o aumento de 22,3 milhões para 31,2 milhões de idosos, o que corresponde a um crescimento de 39,8% no período (IBGE, 2022). Dados publicados pela ONU (United Nations, 2022) mostram que, em 2070, o Brasil deve apresentar aproximadamente 30% de pessoas com 65 anos ou mais.

A longevidade tem repercutido em aumento crescente das morbidades e incapacidades funcionais (Passos *et al.*, 2020). Segundo estimativas do IBGE, em 2060, no Brasil, a razão de dependência da população será de 67,2%, entre idosos e crianças, que dependerão de cuidados (IBGE, 2018).

Os idosos com incapacidades funcionais decorrentes de doenças crônicas possuem dificuldades relacionadas às suas habilidades físicas e mentais para realizar atividades do cotidiano, tornando-se dependentes de cuidados contínuos (Brasil, 2006).

Todas as peculiaridades que envolvem a pessoa idosa, incluindo as alterações da senescência e senilidade, aumentam o número de internações hospitalares. Estudo brasileiro correlacionou a hospitalização do idoso à piora do declínio funcional e da qualidade de vida (Billet *et al.*, 2019).

Um outro estudo de coorte prospectivo, realizado em Portugal, teve como objetivo identificar os preditores do declínio funcional em pessoas hospitalizadas com 70 ou mais, evidenciando-se, entre os preditores mais relevantes, a idade e as internações prévias (Tavares; Nunes; Gracio, 2021). A recuperação funcional da pessoa idosa ocorre principalmente após a alta hospitalar, desse modo, devem ser adotadas intervenções ou modelos de cuidado focados em manter ou restaurar a funcionalidade durante e após a hospitalização (Tavares; Gracio; Nunes, 2018).

Assim, é essencial uma rede de serviços de saúde integrada voltada para a continuidade dos cuidados aos idosos, com foco no desenvolvimento da capacidade funcional, preparando-os para os cuidados de longo prazo e reduzindo desfechos desfavoráveis (Polisaitis; Malik, 2019).

Considerando a problemática que envolve a pessoa idosa dependente hospitalizada, promover uma transição saudável hospital-domicílio é um desafio para as instituições de saúde e equipes multiprofissionais, na medida em que exige a compreensão da singularidade da pessoa idosa e sua família. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais de saúde entendam os processos de transição e estabeleçam intervenções que potencializem os condicionantes facilitadores e atenuem os inibidores deste processo, a fim de evitar transições insalubres. Nesse contexto, este estudo partiu da seguinte questão: *Como ocorre o processo de alta da pessoa idosa dependente na perspectiva de profissionais de saúde?*

O objetivo foi analisar os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de alta do idoso dependente e descrever as intervenções para o aprimoramento do processo da alta, na perspectiva de profissionais de saúde.

## **1.2 MÉTODO**

Estudo baseado na pesquisa ação, que optou por coleta e análise qualitativa e compreensiva de dados na fase exploratória. Faz parte de uma tese de doutorado intitulada: “Idoso com dependência funcional: qualificando a

assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 13 de agosto de 2019, sob o Parecer nº 3.504.079, e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, em 23 de novembro de 2019, sob o Parecer nº 3.721.010, e que seguiu os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

O estudo ocorreu em uma cidade de porte médio do Paraná, com 580.870 habitantes, onde se estima um total de 81.848 idosos (14% da população geral), a partir de dados do cadastro da vacinação contra a COVID. Os serviços da RAS se distribuem em seis regiões e são compostos por 153 serviços de saúde, entre públicos, privados e filantrópicos. A rede hospitalar é composta por seis hospitais gerais, sendo dois de nível secundário e quatro de nível terciário (Londrina, 2017).

Optou-se por desenvolver a pesquisa em um hospital estadual de média complexidade, com capacidade para internação de 115 leitos, sendo 75 leitos para pacientes clínicos adultos (10 exclusivos para psiquiatria), 26 leitos cirúrgicos e 14 leitos pediátricos clínicos. O número de idosos acima de 65 anos internados, no período entre janeiro e dezembro de 2021, foi de 1554 (Antonio, 2019).

Os participantes do estudo foram 11 profissionais da saúde: dois gestores, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro enfermeiros assistenciais das unidades de internação clínica. Para preservar o anonimato, os participantes receberam códigos alfanuméricos iniciados com a letra P (Profissionais), seguida de um número que equivale à sequência da entrevista (Exemplo: P1). Entende-se que a amostra constituída foi de caráter intencional, considerando o engajamento e disponibilidade dos profissionais para discutir a temática da transição de cuidados de pessoas idosas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de dezembro de 2019 a maio de 2021. O período prolongado de coleta justifica-se pela pandemia de COVID-19, que dificultou a

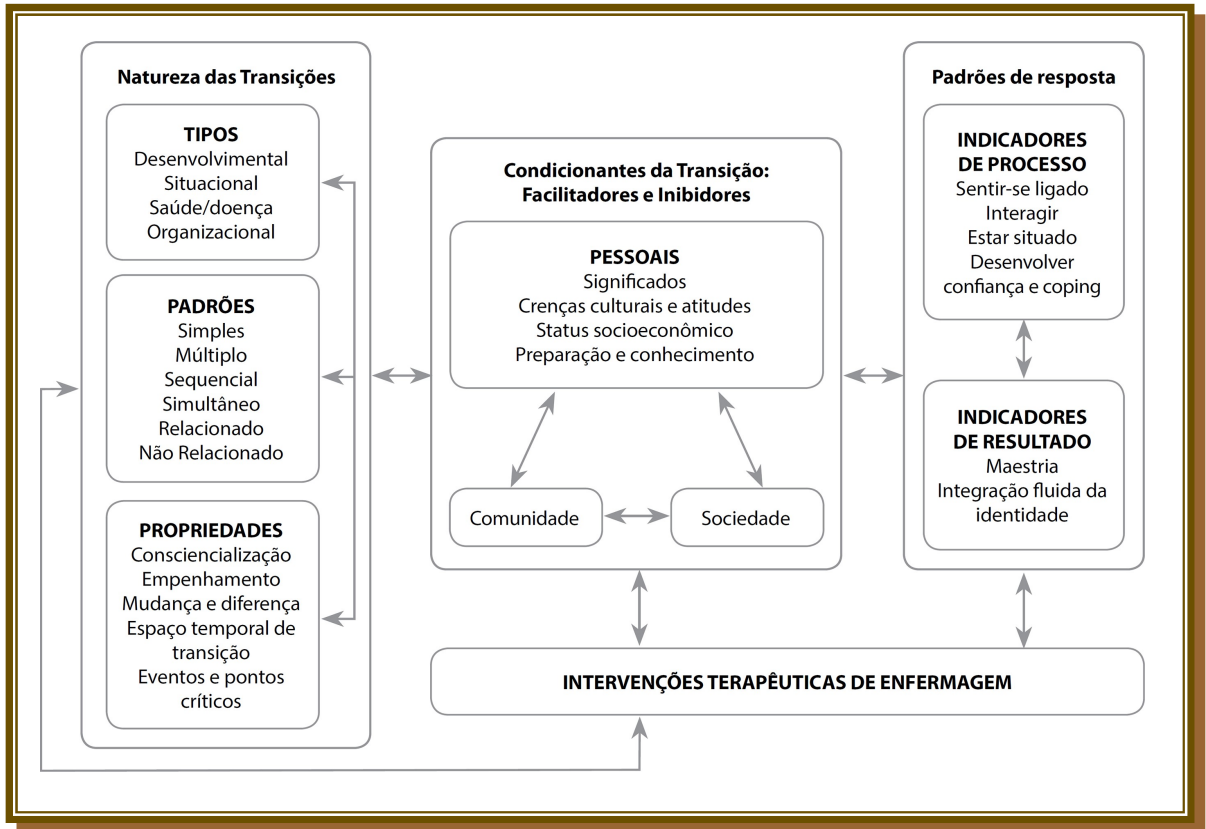
coleta. Todas as entrevistas foram agendadas e realizadas presencialmente pela pesquisadora principal. Após a coleta de dados, realizou-se a transcrição da gravação na íntegra, corrigindo apenas os vícios de linguagem, com o cuidado de não modificar as características essenciais e o significado expresso do texto.

Para organização dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2016), seguindo as etapas propostas pela autora. Na pré-análise, realizou-se a organização do material resultante das entrevistas e a “leitura flutuante”, cujo objetivo foi identificar respostas à questão de pesquisa. Na etapa de exploração do material, concomitantemente à leitura exaustiva, as falas foram grifadas e exportadas para um quadro elaborado, que culminou com a elaboração das unidades de registro. Ainda nessa etapa, ocorreu o agrupamento das unidades de registro por temas, formando as categorias iniciais e intermediárias. Por fim, ocorreram a interpretação dos dados e as inferências, o que, em consonância com o referencial teórico escolhido, culminou nas categorias finais de análise.

Os resultados foram discutidos com publicações sobre o tema e o arcabouço teórico da Teoria das Transições. De acordo com a teoria, a transição é definida como a mudança de um ambiente, uma condição ou um estado e exige da pessoa conhecimento e disposição para adaptações internas e externas. Indivíduos em processo de transição estão mais vulneráveis a riscos que afetam sua saúde e seu bem-estar. Está fundamentada em três constructos principais. O primeiro: “Natureza das transições” refere-se a tipos de transições, padrões de ocorrência e suas propriedades. O segundo: “Condicionantes da transição” são os facilitadores e inibidores do processo de transição. O terceiro: “Padrões de resposta” são os indicadores de processo e de resultado que se constituem formas de avaliação das intervenções (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

O diagrama da Teoria das Transições pode ser visualizado na Figura 1.

**FIGURA 1** - Diagrama da Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.



**Fonte:** Meleis (2010).

Dentro do constructo Natureza das transições, pode-se vincular a pessoa idosa em dois tipos: a Desenvolvimental, relacionada a mudanças no ciclo vital, inerente ao processo de envelhecimento, e a Saúde-Doença, que ocorre quando há uma transformação no estado de saúde-doença do indivíduo. Para a pessoa idosa, a hospitalização pode piorar sobremaneira sua funcionalidade, resultando em mudanças expressivas na sua vida. A natureza das transições recomenda que sejam consideradas todas as transições vivenciadas por um indivíduo. No caso da pessoa idosa, pode-se considerar a vivência de um padrão múltiplo e simultâneo de transição (desenvolvimental e saúde-doença), sendo a hospitalização do idoso um evento e ponto crítico, uma vez que pode ser considerada um período de incertezas, mudanças abruptas e ruptura da realidade.

Considerando as nuances da pessoa idosa dependente hospitalizada a partir da Teoria das Transições, neste estudo o foco de discussão será a percepção dos profissionais quanto aos condicionantes para a transição saudável e as intervenções terapêuticas, por considerarmos que estes influenciam diretamente o processo de cuidado neste período, uma vez que a dependência ocasionada pela doença e envelhecimento gera processos de ajuste, alterações de papéis e mudanças no contexto familiar, nos quais os profissionais precisam atuar.

Os resultados apresentados das entrevistas são fruto da primeira fase de desenvolvimento de uma pesquisa-ação, cujo propósito foi revelar, no contexto da realização da pesquisa, a percepção dos envolvidos acerca dos problemas relacionados à temática e à construção coletiva de possíveis ações a serem implementadas.

### 1.3 RESULTADOS

Apresenta-se inicialmente a caracterização dos profissionais participantes da pesquisa, para melhor compreensão dos resultados.

Foram 11 profissionais de saúde entrevistados, sendo dois gestores ocupando cargo de gestão de 6 meses a 3 anos na instituição e nove vinculados à assistência direta, com oito do sexo feminino. A idade variou de 29 a 58 anos e o tempo de formação, de 4 a 36 anos. Todos os participantes possuíam pós-graduação *Lato Sensu* e dois agregavam pós-graduação *Stricto Sensu* (mestrado); o tempo de atuação com a pessoa idosa variou entre 1 e 30 anos.

A seguir, apresentam-se as três categorias de análise que emergiram da análise dos discursos e que compreendem temas que abrangem condicionantes facilitadores e inibidores, e intervenções para uma transição saudável: **PROCESSO DE COMUNICAÇÃO; RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES; REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

## □ PROCESSO DE COMUNICAÇÃO

Nesta categoria, os discursos apontaram a comunicação entre os serviços de atenção à saúde como elemento fundamental na transição de cuidado do idoso dependente hospitalizado para o domicílio.

Os entrevistados relataram, como um exemplo de condicionante facilitador para uma transição de cuidados saudável vinculado à comunicação, os encaminhamentos direcionados para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Para a inclusão do idoso neste serviço de atendimento domiciliar, é necessário solicitar uma avaliação para a equipe de cuidados domiciliares e enviar relatório previamente à alta, pois isso permite um planejamento da assistência que será oferecida ao idoso no domicílio pela equipe da atenção domiciliar.

*Hoje em dia, com uma relação direta, temos com o SAD. O SAD vem, avalia, e tem acesso ao prontuário. (P1)*

No entanto, os critérios para admissão neste sistema de atendimento domiciliar são restritos e não abarcam todos os idosos dependentes de cuidados, ficando sobre a responsabilidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) o acompanhamento e suporte para a maioria dos idosos.

Quanto à comunicação entre o hospital e as UBS, os participantes relataram a inexistência de um processo de comunicação efetivo entre os serviços de saúde que assistem o idoso dependente. Os condicionantes inibidores no processo de transição saudável relacionados à comunicação estão presentes tanto na comunicação verbal entre os serviços, assim como na comunicação escrita. A comunicação verbal entre os serviços ocorre apenas em situações pontuais, de maior gravidade e/ou complexidade, que exijam um contato telefônico antes da alta hospitalar. Já a comunicação escrita acontece principalmente por meio dos relatórios, receitas e encaminhamentos médicos.

Outro fator evidenciado pelos participantes diz respeito aos sistemas informatizados de prontuário eletrônico que atualmente não são

integrados, o que dificulta o compartilhamento de informações entre os níveis de atenção da RAS.

*Em relação com a UBS não existe. O único contato que a gente acaba tendo é através do relatório. Como muitas vezes o paciente sai sem relatório de alta [...] isso fica muito prejudicado, mas, falar que a gente tem um contato com a UBS direto, não é habitual. A gente pode até conseguir em casos específicos, quando precisa de alguma informação, mas não é o habitual. (P1)*

*A gente vê uma lacuna bem importante, porque, a comunicação com o serviço da atenção primária, ela é bem falha [...] o que nós sabemos é o que a família relata [...] a gente recebe o paciente referenciado pela própria unidade básica de saúde ou via SAMU [...] só recebe o que é falado pela família, assim como também eles recebem a maioria das informações transmitidas pela família. (P10)*

*O paciente sai com um relatório, mas muitas vezes não é dito tudo o que aconteceu [...] eu acho que essas informações acabam ficando meio falhas. (P11)*

Os profissionais apontaram diversas intervenções para qualificar o processo de comunicação entre a RAS, de modo a garantir a continuidade da assistência ao idoso dependente após a alta hospitalar, incluindo a comunicação escrita por meio de relatórios multidisciplinares para a equipe da unidade de saúde referência para o idoso, plano de cuidados domiciliares multiprofissional, utilização do cartão do idoso, implantação de um sistema informatizado de informações integrando os níveis de atenção em saúde.

*Se sair daqui com mais informações [...] se sair daqui com carta já endereçado para a UBS de referência dele, acho que melhora muito. (P5)*

*Tentar desde o início estabelecer um contato com a UBS [...] encaminhar para a UBS, notificar a UBS que esse paciente está recebendo alta. É uma coisa simples, se a gente fizer a notificação e um relatório sucinto do que aconteceu, consegue um seguimento muito melhor. (P1)*

*Fazer essa interlocução com a UBS e um relatório médico de todos os pacientes que vão ter uma demanda em domicílio, que ele vai ter um grau de dependência. Acho que não poderia sair sem, no mínimo, um encaminhamento informando o porquê ele esteve aqui, o que foi tratado, para a unidade básica dar seguimento, tanto médico, quanto nutricional, quanto da fisioterapia. (P3)*

*Ter o cartão do idoso que constaria as comorbidades, teria um espaço para registro da internação, motivo da internação, conduta, o que foi realizado durante a internação, por exemplo, na alta o seguimento da medicação, se foi suspenso algum medicamento [...] um cartão ajudaria o idoso nessa interlocução. (P11)*

## ☐ RELAÇÃO COM A FAMÍLIA E/OU CUIDADORES

Segundo os participantes, a permanência e o envolvimento de um familiar e/ou cuidador durante o período de hospitalização da pessoa idosa é um condicionante facilitador para uma transição de cuidados saudável, pois é uma oportunidade para a equipe de saúde multidisciplinar desenvolver ações de educação em saúde, de modo a preparar o cuidador e o idoso para o cuidado transicional hospital-domicílio.

*Quando a família está junto fica mais fácil, a gente orienta sempre que passa a visita. Agora, a família que deixa o idoso aqui [...] é mais complicado. (P5)*

*E se tem uma orientação profissional, especializada, eles aprendem melhor, e, com isso, tanto a família cuida bem, quanto a equipe de saúde percebe alterações, às vezes, mais sutis, e evita uma reinternação. Para a qualidade de vida do paciente, é muito bom isso. (P1)*

Como condicionantes inibidores vinculados à família e/ou cuidador, os participantes destacaram a falta de comprometimento dos familiares, falta de conhecimentos para desenvolver o cuidado, situação econômica familiar e aspectos sentimentais que envolvem essa relação, bem como, muitas vezes, o familiar cuidador ser também um idoso com dificuldades próprias.

*O que eu percebo é que, quando essa relação pais e filhos não são bem estabelecidas desde a infância, isso implica muito na velhice, isso implica no cuidado, na relação, isso implica em tudo, então, isso começa desde lá da infância [...] a gente percebe que não é uma coisa daquele momento, mas uma coisa que foi construído a vida inteira ou que não foi construído, que foi essa relação afetiva com os filhos, isso impacta muito. (P6)*

*Há aquelas outras situações que são muito tristes, onde os idosos são abandonados mesmo, privados até de qualquer tipo de cuidado alimentar, de higiene. (P2)*

*Tanto da falta de comprometimento da família, de abandono, que a gente vê isso hoje aqui, não comprometimento, querer passar a responsabilidade da família para o hospital. (P5)*

*A principal dificuldade é a falta de informação da família, eles não têm ideia da necessidade de cuidados, de mudança de decúbito, tem muita dificuldade em relação à alimentação quando esse paciente sai com sonda nasointestinal, com sonda vesical, às vezes até precisando de oxigênio, então, eles têm muita dúvida [...] a família fica com medo e não fazem porque não sabem como fazer, foge daquela situação. (P4)*

*Os que têm filhos a gente aciona para fazer esse cuidado e ter a possibilidade de ter um cuidador, mas, muitas vezes, o que implica é a situação financeira. (P8)*

*Às vezes, ou a família não quer porque tem medo, ou a família não pode. Às vezes um familiar... o único cuidador do idoso é outro idoso, e não pode ficar aqui, isso é uma dificuldade [...] quanto da família que às vezes não vem, não tem conhecimento muito bom, tem um pouco mais de dificuldade de aprender. (P1)*

As intervenções terapêuticas elencadas pelos entrevistados relacionadas ao condicionante família no cuidado transicional incluem: identificar as condições do familiar e do idoso, inserir a família e/ou cuidador no processo de cuidar durante o período de hospitalização, orientar o familiar e/ou cuidador abrangendo os aspectos multiprofissionais, fortalecer e empoderar a família.

*Um vínculo maior com a família de treinamento, de orientação [...] às vezes o familiar está fazendo errado, porque ele não sabe que está errado. É questão de orientação [...] O fato de incluir a família no cuidado, acho que ensinar como fazer um banho, ensinar administrar a medicação [...] às vezes é falta de explicar. Já deixa eles muito mais tranquilos, e o paciente mais bem cuidado. (P1)*

*Uma reunião com todos os familiares passando as demandas, os cuidados. Unir todos os familiares, um de cada paciente, passaria as informações, um geral das informações para todos: cuidados com sondas, com dietas, sondas de demora, curativo, banho [...] na prática também, tentar incluir essas famílias. (P3)*

*Você está ali para apoiar de alguma forma, fazer com que a dinâmica familiar possa ser melhorada por eles mesmos, fortalecendo e empoderando essa família para que ela possa gerenciar o cuidado familiar [...] você não pode colocar todos os pacientes em um quarto e achar que são todos iguais [...] se eu souber da necessidade dele, talvez eu possa traçar um plano de cuidados para aquele indivíduo de maneira mais assertiva. (P2)*

*Uma das atribuições da equipe de enfermagem é orientar esses cuidados para alta, também, claro, da nutricionista, que envolve dieta, às vezes dieta proteica, porque tem lesões e precisa ser curada, a própria dieta enteral, a própria fisioterapia indicar alguns exercícios que podem fazer em casa, a própria psicologia intervir na fragilidade, o próprio serviço social orientar os apoios que ela pode ter, de repente, de composição de renda, encaminhamento. (P11)*

## □ REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Os resultados que configuram esta categoria dizem respeito aos condicionantes e intervenções para uma transição de cuidado saudável do idoso internado para o domicílio vinculados à RAS.

Em relação ao hospital, os entrevistados citaram, como condicionante facilitador da transição de cuidado hospital-domicílio, a importância do trabalho de uma equipe multiprofissional para atendimento à pessoa idosa.

*Eu acho fundamental a atuação de cada um, o hospital oferece os profissionais de cada área, cada um atuando junto, é importante principalmente essa troca, eu acho fundamental que tenha mesmo essa equipe. (P8)*

Os condicionantes facilitadores relacionados à atenção primária também foram relatados pelos participantes. Em especial, a importância do seguimento do cuidado ao idoso após a alta hospitalar e seu impacto sobre o sistema hospitalar.

*Quando essa assistência é oferecida de uma maneira bem sistemática, organizada e acompanhando em loco, muitas vezes se evita a internação hospitalar, porque o enfermeiro, o médico vai na casa, observa, solicita exames e em última opção é a internação hospitalar, Impacta muito esse acompanhamento pós-alta, quando tem esse acompanhamento mais próximo, evita uma reinternação precoce. (P8)*

Em relação aos condicionantes inibidores vinculados à rede de atenção à saúde, foram destacados: déficit de recursos humanos e alta demanda de cuidado do idoso dependente.

*A equipe de enfermagem também não consegue estar dando essa assistência mais completa [...] É pela quantidade de profissionais para esse trabalho, ou seja, a nossa maior limitação. (P9)*

*Nós temos cada vez mais idosos, idosos em situação de dependência, de cuidados, cuidados não só em relação à questão da saúde corpo, mas saúde mental. (P6)*

Os discursos revelaram o quanto o processo de hospitalização contribui para a piora da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa.

*O principal desses idosos é que, às vezes, por mais que eles tenham uma idade avançada e nunca tenham passado por uma instituição, a partir do momento que ele passou a primeira vez, a recorrência é muito grande. (P1)*

*Muitas vezes ele entra independente e ele sai mais dependente. (P3)*

*É um problema importante, a população idosa está aumentando consideravelmente, e a gente tem que buscar, de alguma maneira, proteger e manter esse idoso com uma capacidade, de manter de uma forma mais favorável à sua condição de vida, nas suas dificuldades, fragilidades e saúde. (P2)*

Foi relatado, também, pelos entrevistados que geralmente o cuidado transicional se inicia no momento da comunicação da alta pelo médico, o que acontece no dia da alta. As ações em saúde estão centradas no profissional médico e a equipe multiprofissional participa deste processo em situações de demanda no dia da alta quando é acionada, e, na maioria das vezes, pelo próprio médico.

*É breve “ah, deu alta”. Se tiver receita é colocado o que vai tomar, são aquelas orientações de medicamentos, às vezes, de uso contínuo, é aquela orientação básica. Curativo, então, às vezes é muito difícil você orientar um curativo [...] isso é muito pouco para uma pessoa que está saindo do sistema hospitalar, e essa adaptação do domicílio, principalmente nos casos de dependência [...] ela precisaria de muito mais tempo para aprender, para fazer, para tirar as dúvidas, para ela poder dar continuidade desse conhecimento em casa. (P2)*

*A alta é muito rápida, se tem alta, a pessoa tem que ir embora. Se ela precisa aprender os cuidados como uma dieta, um curativo, é muito rápido. Você passa as informações para ela de como fazer, mas, muitas vezes, a gente não consegue nem treinar essa família para ela aprender a fazer esse cuidado, para fazer em casa, então, é muito precário. (P3)*

*Só sou acionada no momento da alta, então, isso acaba dificultando o meu acesso, eu vou ter que começar do zero, entender quem é essa família. E vai demorar mais essa alta, porque não tem como eu dar um retorno para a família sem saber minimamente o contexto social em que ela está inserida, as relações, a questão de moradia. Hoje é muito habitual isso, só acionar no momento da alta. (P8)*

Outro ponto explorado pelos participantes foi a fragilidade da atenção primária em dar seguimento aos cuidados dos idosos dependentes após a alta hospitalar, como mostram as falas a seguir:

*Tem muito idoso que volta a ser internado aqui e a gente percebe que, se tivesse tendo uma assistência mais próxima na atenção básica, não precisaria estar internado. (P8)*

*A principal coisa é o retorno do paciente. O paciente vai com uma demanda para casa, que a família precisa dar continuidade nesse cuidado [...] e muitas vezes esse paciente retorna com maior frequência com piora das lesões, com descompensação das doenças de base, por falta de cuidado, falta de conhecimento, falta de acompanhamento, acontece um retorno mais frequente desses pacientes e agravamento dos casos. (P3)*

*Se tivesse um acompanhamento acredito que diminuiria bem essas questões, inclusive desidratação. A gente recebe muito paciente idoso, acamado, que faz uso de sonda, desidratado porque às vezes a família tem medo, não sabe administrar, tem umas dúvidas que surgem na hora que estão em casa e acabam não tendo uma referência de onde elucidar isso, e acaba voltando para o hospital com demandas que poderiam ser assistidas na atenção primária. (P10)*

Nas intervenções terapêuticas para enfrentar os condicionantes inibidores vinculados ao sistema hospitalar, os participantes relataram a necessidade de instituir ações em equipe multiprofissional para o gerenciamento do processo de internação do idoso dependente.

*Monitorizar o tempo de internação [...] na internação o médico já teria que obrigatoriamente colocar uma previsão de alta para esse paciente [...] e, passado aqueles dias, ele tivesse que justificar porque passou o prazo que era para ser a alta, então, ele pôs 7 dias, mas por alguma outra razão ele vai ter que ficar mais dias, ele tem que justificar por que que ficou mais dias [...] precisa de alguém para gerenciar isso [...] um enfermeiro gerente de alta. (P10)*

*A previsão de alta pelo médico, para toda a equipe, informar antes, acho que isso faz muita diferença para a equipe já ir se preparando, se organizando.* (P8)

Para além do gerenciamento da internação, os profissionais deixaram explícita a necessidade de sistematizar a assistência oferecida à pessoa idosa em seu processo de transição hospital-domicílio.

*Se fosse um protocolo a ser seguido, porque não são coisas que precisam de grandes investimentos [...] inicialmente tornar algo protocolado: identificar esse idoso, como idoso em situação de fragilidade. Se a gente faz uma identificação desde a porta: “esse idoso tende a ser um idoso que vai ter internações recorrentes e vai ter limitações, ele vai precisar de cuidados diferentes”. (P1)*

*Se tivesse algo mais organizado, discussão entre a equipe multiprofissional, eu acho que tem tudo para estar melhorando, porque hoje eu vejo que é não é uma rotina, não existe essa rotina. Se tem uma equipe que é organizada trabalhando nisso, é lógico que você vai estar, oferecer um trabalho de muito mais qualidade, com resultado melhor com esse idoso na alta [...] as ações seriam intensificar aquilo que a gente já faz de uma maneira mais organizada, que vire rotina. (P8)*

*Falta realmente sentar, pensar e organizar esse trabalho [...] é muito informal, vamos passando informação dessa maneira. (P3)*

## 1.4 DISCUSSÃO

As transições ocorrem durante todo o percurso da vida de um indivíduo e tendem a se tornar mais complexas em situações de adoecimento. A pessoa idosa vivencia de forma concomitante as mudanças oriundas do processo de envelhecimento e, também, da doença. A hospitalização é um evento crítico para a pessoa idosa e sua família, pois está associada à alteração de rotinas, relações, possibilidade de mudanças, incertezas e medos (Meleis, 2010).

Em um estudo australiano realizado com familiares cuidadores de idosos, foi percebido que houve um aumento nas demandas de cuidado após a alta hospitalar, uma vez que a doença e a hospitalização tornaram o idoso mais vulnerável (Slatyer *et al.*, 2019). No Brasil, estudo de coorte realizado em

Botucatu identificou que a hospitalização para a pessoa idosa piora a sua funcionalidade (Carvalho *et al.*, 2018).

Diante desse contexto, o processo de transição do cuidado saudável para o domicílio do idoso dependente, após um período de hospitalização, é complexo e desafiador.

Podemos observar, nos resultados deste estudo, que os constructos trazidos pelos entrevistados ora podem se constituir condicionantes facilitadores (quando presentes e efetivos), ora condicionantes inibidores (quando ausentes ou ineficazes) e, por fim, constituem-se em intervenções a serem implementadas ou aprimoradas. Desta forma, ganham centralidade nesta discussão o processo de comunicação, a educação em saúde para familiares e cuidadores e o aprimoramento da RAS, principalmente, na busca de implantar e aprimorar ações voltadas para uma transição do cuidado saudável para o domicílio do idoso dependente, realizadas por meio de um trabalho em equipe efetivo.

A comunicação entre os serviços que integram a RAS é elemento fundamental no processo de transição de cuidado. Este estudo evidenciou uma lacuna na transmissão de informações entre os níveis de atenção, dificultando o acesso do idoso dependente aos serviços oferecidos pela atenção primária, cabendo, muitas vezes, à família buscar por essa inclusão.

Em estudo realizado com enfermeiras canadenses, Aued *et al.* (2019) apontam a comunicação com a rede assistencial de saúde como fator imprescindível no planejamento da alta, pois a ausência ou ineficácia de um mecanismo de transferência de informações pode acarretar descontinuidade do cuidado. O uso de um sistema integrado de prontuário eletrônico é defendido pelas autoras.

A comunicação com os serviços de atenção primária também foi relatado como um dos principais aspectos para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, em pesquisa realizada com enfermeiros na Espanha. Nesse país, o programa informatizado é uma realidade, porém, quando necessário, os

profissionais utilizam registros em relatórios escritos que agregam informações relacionadas à condição clínica, socioeconômica, necessidade de cuidados, plano terapêutico e de alta (Costa *et al.*, 2020a).

Em outro estudo brasileiro, a comunicação entre os níveis de atenção à saúde foi identificada como importante componente do cuidado transicional (Silva *et al.*, 2021).

A experiência de uma boa comunicação com o SAD, expressada pelos entrevistados, revela uma prática exitosa na comunicação com este serviço. Todavia, não incorpora a assistência a todos idosos dependentes na transição hospital domicílio. Para tanto, intervenções foram pontuadas pelos entrevistados a fim de qualificar o processo de comunicação entre

os níveis de atenção à saúde, buscando melhor integração entre os serviços. Para Meleis (2010), as intervenções terapêuticas consistem em ações desenvolvidas de forma continuada durante todo o processo de transição de um indivíduo, fortalecendo a importância de qualificar o processo comunicativo entre os serviços, proporcionando o acesso do idoso à RAS após a alta hospitalar e assegurando a continuidade do cuidado no domicílio.

O familiar e/ou cuidador do idoso dependente integra o cenário da continuação de cuidados após a alta hospitalar. Este estudo reconheceu a importância da permanência e inclusão do familiar e/ou cuidador durante a hospitalização do idoso dependente, atribuindo ser o momento propício para que a equipe de saúde hospitalar identifique as dificuldades que interferem no cuidado ao idoso e desenvolvam ações que potencializem esse cuidado.

Estudos descrevem o cenário de complexidade do cuidado no domicílio da pessoa idosa dependente após a alta hospitalar. Os desafios enfrentados pelos familiares cuidadores incluem a carga emocional e física decorrente do processo de cuidar, associados à sobrecarga de outras atividades que desempenham no lar, como os afazeres domésticos e cuidar dos demais membros da família (Silva *et al.*, 2020; Slatyer *et al.*, 2019). Além disso, o apoio das UBS é deficitário no fornecimento de insumos, bem como nas orientações de

cuidados domiciliares, assim sendo, há necessidade de adaptações na organização e na estrutura familiar e domiciliar (Silva *et al.*, 2020).

Com o envelhecimento populacional em ascensão e a demanda de cuidados de saúde, o número de familiares que se dedicavam a cuidados com indivíduos de 60 anos ou mais saltou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019 (IBGE, 2020).

Em publicação de Minayo (2021), a autora apresenta e discute o cenário dos cuidadores familiares de idosos dependentes no Brasil. Toda a legislação que ampara a pessoa idosa no país considera que o suporte social a esta parcela da população é dever da família, da sociedade e dos governos. Em relação à pessoa dependente de cuidados, embora o Estado proveja alguns serviços básicos, a cobertura é insuficiente, principalmente em relação aos cuidadores informais. Ressalta, ainda, a ausência de iniciativas governamentais que facilitem os cuidadores de pessoas idosas dependentes e sinaliza para a necessidade de promover políticas públicas voltadas para as pessoas idosas e seus cuidadores, a exemplo do que já ocorre em países europeus.

As orientações e o planejamento da alta são, muitas vezes, conduzidos de forma rotineira e não personalizada, desconsiderando as necessidades específicas da pessoa idosa e do seu contexto.

Nesse sentido, as orientações na alta e a comunicação dos profissionais de saúde com o idoso e seu familiar são intervenções bem-sucedidas no processo de transição de cuidado e devem ser adotadas pela equipe multiprofissional, pois a sua não realização está associada ao aumento do risco de reinternações. Isso reforça a necessidade de incluir os cuidadores familiares nesse contexto, de maneira formal, participativa e em parceria com a equipe de saúde (Menezes *et al.*, 2019; Ferreira; Martins; Andrade, 2022).

A preparação e o conhecimento prévio de um processo de transição estão entre os condicionantes pessoais para uma transição saudável. Ambos podem ser usados pelos profissionais de saúde como estratégias de

intervenção para minimizar uma transição insalubre para o idoso e sua família no retorno à sua casa (Meleis *et al.*, 2000).

Ademais, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) reconhece a insuficiência de estruturas de cuidados intermediários que promovam a transição segura do idoso do hospital para o domicílio e o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar, sendo a família a executora do cuidado ao idoso dependente. Evidencia-se a necessidade de estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esse cuidado e a educação em saúde é apontada como uma medida que deve ser incentivada (Brasil, 2016).

No que concerne aos condicionantes da RAS, esta pesquisa tornou evidente a necessidade de continuidade de cuidado ao idoso pela atenção primária em saúde, após um período de hospitalização. A atenção básica é a principal porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado para atender às necessidades de saúde da população, sendo caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados (Brasil, 2010, 2016).

A continuidade do cuidado no domicílio é uma oportunidade para aprimorar o sistema de saúde, pois a insuficiência desse acompanhamento da pessoa idosa pode resultar em prejuízos funcionais, cognitivos, aumentando as possibilidades de reinternações, além de elevar os custos hospitalares (Polisaitis; Malik, 2019).

Outro tópico a ser discutido diz respeito ao trabalho multiprofissional desenvolvido ainda no ambiente hospitalar e apontado como elemento importante no processo de alta hospitalar do idoso. Apesar do reconhecimento da importância da atuação multiprofissional, este estudo demonstrou que a alta hospitalar está centrada no profissional médico, com participação pontual e esporádica da equipe multiprofissional, e o planejamento da alta é insuficiente. As orientações que se destinam a preparar o idoso e/ou seu familiar ou cuidador são realizadas no dia da alta de forma verbal, não oportunizando a prática de cuidados mais complexos, podendo levar a uma

compreensão ineficaz pelo excesso de informações e, também, por muitas vezes estarem distantes da realidade social, financeira e emocional do idoso e sua família.

Identifica-se o predomínio de um modelo de atenção à saúde pautado no modelo biomédico, que opera de forma episódica e reativa, voltado para as condições agudas e agudização das doenças crônicas, possui caráter hospitalocêntrico, em que o processo assistencial está centrado no cuidado médico, com ênfase na cura de doenças e na fragmentação do ser humano, se distanciando de uma proposta de cuidado à saúde integrado e abrangente que avalie a pessoa em todos os seus contextos e com ênfase no cuidado multiprofissional e interdisciplinar (Mendes, 2018).

De acordo com a PNSPI, esse modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção e restringe-se às complicações advindas de afecções crônicas. Os profissionais de saúde devem considerar as peculiaridades do idoso e sua família, incluindo aspectos históricos, recursos individuais, sociais e da rede de suporte (Brasil, 2006).

Para Minayo (2019), em se tratando da pessoa idosa a dependência não se traduz apenas na dimensão médica, mas há outras dimensões que impedem os idosos de reestabelecer seu desempenho. A autora reitera a necessidade de serviços integrados, multidisciplinares e multiprofissionais para atendimento das necessidades dos idosos, além do investimento em formar profissionais voltados para esse cuidado.

Observa-se na literatura que, em países a exemplo da Espanha e Canadá, existe a preocupação em propor a implantação de estratégias voltadas às pessoas com doenças crônicas, buscando garantir a continuidade do cuidado nos diversos níveis assistenciais e caminhando para um modelo de saúde integral. (Martínez; Navarrete; Lorenzo, 2009; Morales-Asencio, 2014; Aued, et al., 2019; Costa *et al.*, 2020 a).

O planejamento da alta é o principal caminho para a transferência de informações do idoso em seu processo de transição para o domicílio, devendo abarcar informações indispensáveis na alta hospitalar (Costa et al., 2020 b).

Um estudo internacional, que objetivou descrever as atividades desenvolvidas por enfermeiras de ligação para a continuidade de cuidado após a alta hospitalar, identificou que o momento ideal para iniciar o planejamento da alta hospitalar é na admissão do paciente e inclui uma avaliação centrada na pessoa, com levantamento dos recursos extra-hospitalares, a inclusão de um cuidador no planejamento da alta hospitalar e as orientações necessárias (Aued et al., 2019).

Os achados neste estudo apontam para a implantação de intervenções em vários seguimentos relacionados à transição do cuidado do idoso hospitalizado vinculados à comunicação, à família e/ou cuidador e à RAS.

Esses dados corroboram com resultados de um estudo que identificou os elementos que integram a prática da continuidade do cuidado: planejamento da alta hospitalar; elaboração de plano de alta após avaliação individual do paciente e suas necessidades de intervenção; gerenciamento dos casos pelo enfermeiro, porém, com atuação de equipe multiprofissional; abordagem da família; orientações sobre o cuidado em domicílio para os pacientes e familiares; relatório de continuidade de cuidados; comunicação com a atenção primária por meio de sistema informatizado integrado, relatórios ou contato telefônico; monitoramento da alta hospitalar por meio de indicadores (Costa et al., 2020 a).

Na Teoria das Transições, uma transição saudável é avaliada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, e isso pode ocorrer por meio dos indicadores de processo e/ou indicadores de resultados. Os indicadores de processo possibilitam avaliar se o indivíduo se encontra no sentido do bem-estar e saúde ou vulnerabilidade e riscos (Meleis et al., 2000).

Nesse âmbito, este estudo apontou a importância do gerenciamento do processo de internação hospitalar do idoso dependente como

uma ferramenta de avaliação de processo, e aponta o profissional enfermeiro como gestor deste processo.

Esses resultados corroboram com publicação de revisão de literatura em que o enfermeiro foi reconhecido como profissional qualificado para o desenvolvimento de ações educativas, avaliação da condição do paciente e sua família, além do conhecimento de rede de atenção em saúde e importante articulador entre os demais profissionais (Ghenó; Weis, 2021).

Desse modo, este estudo tornou possível avaliar os condicionantes facilitadores e inibidores da transição saudável do idoso dependente hospitalizado e o levantamento de intervenções por uma equipe multiprofissional da saúde. Esses resultados proporcionam que as instituições de saúde e também os profissionais implementem ações qualificadas para a transição do idoso hospital-domicílio, com vistas a reduzir o número de reinternações hospitalares, preservando e reabilitando a funcionalidade e autonomia da pessoa idosa, oportunizando melhora na qualidade de vida.

O presente estudo teve como limitação a abordagem realizada apenas com profissionais de saúde do âmbito hospitalar. Sugere-se que novos estudos contemplem a perspectiva de profissionais dos demais serviços que compõem a RAS, assim como dos familiares e/ou cuidadores dos idosos dependentes. Sugere-se, ainda, que estudos direcionados para a avaliação de indicadores de processo e resultado na transição de cuidados da pessoa idosa são fundamentais como parâmetros da qualidade da transição.

## **1.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou avaliar a transição do cuidado do idoso dependente do hospital para o domicílio e apontou que o seu planejamento e execução ocorrem de maneira ineficiente. Os condicionantes facilitadores e inibidores para uma transição de cuidado segura foram identificados e as principais intervenções para o aprimoramento da alta incluem os relatórios de alta escritos realizados pela equipe multiprofissional, assim como o plano de cuidados

domiciliares; utilização do cartão do idoso; implantação de sistema informatizado integrando os níveis de atenção; avaliação centrada da pessoa e seu contexto; inserir o cuidador no processo de cuidar durante a hospitalização do idoso; orientar o familiar/cuidador em uma abordagem multiprofissional pautada nas necessidades individuais; fortalecer e empoderar a família; realizar o gerenciamento do processo de hospitalização do idoso e sistematizar a assistência à pessoa idosa em sua transição de cuidado hospital-domicílio.

Uma das contribuições deste estudo consiste no delineamento de ações que podem efetivamente contribuir para uma transição de cuidado saudável para a pessoa idosa dependente de cuidados contínuos e contribuir para implementação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa, assim como para as instituições de saúde que compõem a RAS, na implementação de estratégias que favoreçam a integralidade da assistência à saúde.

Além disso, o referencial teórico da Teoria das Transições consiste em uma orientação para que o profissional de saúde compreenda a transição como um processo dinâmico e complexo. Além de possibilitar o planejamento e a implementação de intervenções no processo de transição que melhorem a qualidade de vida dos idosos e minimizem os riscos que a experiência da transição pode trazer para essas pessoas.

## REFERÊNCIAS

ANTONIO, C. H. **Avaliação do perfil de risco para ocorrência de *delirium* em idosos admitidos em hospital público**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

AUED, G. K. *et al.* Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 27, e3162. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162.month>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BERNARDINO, E. *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20200435. 2022.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 20 jun. 2023.

BILLETT, M. C. *et al.* Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 43-48.

2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 4279, de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html).

Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003.

Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm).

Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.**

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).

Acesso em: 12 set. 2023.

CARVALHO, T. C. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbv3FzBx/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 22 jun. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, e20180332. 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jqpqY6C6C5vXkjd7bdgndc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, e2020187. 2020b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>. Acesso em: 22 jun. 2023.

FERREIRA, V. F; MARTINS, W; ANDRADE, J. Communication and guidance in the transition of home care in post-discharge patients. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 8, e55611831341. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31341/26794>. Acesso em: 30 jun. 2023.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20210030. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Acesso em: 20 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características gerais dos moradores 2012-2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=34420&t=destaques>. Acesso em: 21 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio contínua (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 01 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=2018>. Acesso em: 01 jul. 2023.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Saúde de Londrina. **Resolução nº 10/2017**. Aprova o Plano Municipal de Saúde do Município de Londrina 2018-2021. Londrina: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: [https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho\\_de\\_Sa%C3%BAde/Legisla%C3%A7%C3%A3o\\_CMS/plano\\_municipal\\_2018\\_2021.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho_de_Sa%C3%BAde/Legisla%C3%A7%C3%A3o_CMS/plano_municipal_2018_2021.pdf). Acesso em: 10 set. 2023.

MARTÍNEZ, D. H; NAVARRETE, M. L. V; LORENZO, I. V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 23, n. 4, p. 280-286. 2009. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/g/v23n4/original3.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/g/v23n4/original3.pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

MELEIS, A. I. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **ANS. Advances in Nursing Science**, Frederick, v. 23, n. 1, p. 12-28. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/>. Acesso em: 10 set. 2023.

**MELEIS, A. I. TRANSITIONS THEORY: MIDDLE RANGE AND SITUATION SPECIFIC THEORIES IN NURSING. NEW YORK: SPRINGER PUBLISHING COMPANY, 2010.**

MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. [Entrevista concedida a] Carmen Cecília de Campos Lavras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MENEZES, T. M. O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 307-315. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-028>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MINAYO, M. C. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-15. 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?lang=pt\\_](https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?lang=pt_) Acesso em: 01 jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar de pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSXrJQFydp/abstract/?lang=pt\\_](https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSXrJQFydp/abstract/?lang=pt_) Acesso em: 30 jun. 2023.

MORALES-ASENCIO, J. M. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 24, n. 1, p. 23-34. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862113001563>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PASSOS, V. M. A. *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, London, v. 18. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>. Acesso em: 21 jun. 2023.

POLISAITIS, A.; MALIK, A. M. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Tempus**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 105-122. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2657>. Acesso em: 21 jun. 2023.

SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; MAMAGHANI, J. A. Transitional care: concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 99, p. 103387. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31442782/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, C. F. T. *et al.* The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, e20200992. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0992>. Acesso em: 30 jun. 2023.

SILVA, R. A. E. *et al.* Gestão do cuidado domiciliary por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. e20200474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjBhmmvtLjqfYYPyYXTCvjM/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SLATYER, S. *et al.* Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 220. 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4042-0>. Acesso em: 20 jun. 2023.

TAVARES, J. P. A; GRÁCIO, J. C. G; NUNES, L. Hospitalized older adults: functional trajectory in a Portuguese hospital. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 18, p. 19-26. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388257566003>. Acesso em: 30 jun. 2023.

TAVARES, J. P. A; NUNES, L.; GRÁCIO, J. C. G. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 29, p. e3399. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399.ano>. Acesso em: 21 jun. 2023.

UNITED NATIONS. **World population prospects 2022**: highlights. Nova York: ONU, 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/PopPerc/65plus/76>. Acesso em: 21 jun. 2023.

## 2 Estudo 2

Construção multiprofissional de  
um programa de alta hospitalar  
para idosos dependentes

---

---

## CONSTRUÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE UM PROGRAMA DE ALTA HOSPITALAR PARA IDOSOS DEPENDENTES

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o processo de construção coletiva de um plano de intervenções terapêuticas para alta segura de idosos dependentes, visando a transição para o cuidado no domicílio. **Método:** trata-se de um estudo descritivo-exploratório, fundamentado no referencial teórico metodológico da pesquisa-ação. Os participantes foram 9 profissionais de saúde de um hospital de média complexidade do norte do Paraná. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2021, durante o desenvolvimento de oficinas com estratégias de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, incluindo a técnica de roda de conversa. **Resultados:** ocorreram sete oficinas com a equipe multiprofissional. A problematização da realidade vivenciada pelos participantes associado ao aprofundamento teórico e potencializada pela metodologia proposta facilitaram a reflexão e a compreensão do grupo sobre a problemática, permitindo a construção de ações para qualificar o processo de alta hospitalar da pessoa idosa. Além disso, ampliou o conhecimento do grupo a partir dos saberes e experiências compartilhadas. **Considerações finais:** o desenvolvimento das oficinas revelou-se como uma estratégia de educação permanente em saúde que culminou com a elaboração de um programa de alta segura para idosos dependentes, construído de forma coletiva por uma equipe multiprofissional, a partir da realidade vivenciada e refletida.

**DESCRITORES:** Cuidado Transicional; Idoso; Alta do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente. Educação Permanente.

## MULTIPROFESSIONAL ELABORATION OF A HOSPITAL DISCHARGE PROGRAM FOR DEPENDENT OLDER ADULTS

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the collective elaboration process for a plan of therapeutic interventions intended for the safe discharge of dependent older adults, aiming at the transition to home-based care. **Method:** this is a descriptive-exploratory study grounded on the action-research theoretical and methodological framework. The participants were 9 health professionals from a medium-complexity hospital in northern Paraná. Data collection took place in the second half of 2021, while workshops with strategies for active teaching and learning activities were being developed, including the Conversation Circle technique. **Results:** seven workshops with the multiprofessional team were conducted. Associated with theoretical deepening and enhanced by the methodology proposed, discussing the reality experienced by the participants eased the group's reflection and understanding about the problem, allowing to devise actions to qualify the hospital discharge process for older adults. In addition to that, the group's knowledge was expanded from shared wisdom and experiences. **Final considerations:** the development of several workshops proved to be a permanent health education strategy that culminated in the elaboration of a safe discharge program for dependent older adults, collectively devised by a multiprofessional team based on the reality experienced and reflected upon.

**DESCRIPTORS:** Transitional Care; Older Adult; Patient Discharge; Patient Care Team; Permanent Education.

## 2.1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar envolve uma dinâmica complexa e desafiadora na medida em que se propõe a proporcionar qualidade de vida e prevenir reinternações hospitalares (Ghenó; Weis, 2021). No que se refere ao processo de hospitalização e alta hospitalar da pessoa idosa, deve-se considerar que os idosos possuem maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades funcionais que podem agravar o prognóstico do estado de saúde, se não acompanhados adequadamente (Silva; Gutierrez, 2019). Além disso, o envelhecimento populacional é uma tendência global e, especificamente, no Brasil a projeção é que em 2050 a população idosa corresponda a 30% da população geral (United Nations, 2022).

Estudos apontam que, após um período de hospitalização, a pessoa idosa apresenta declínio funcional e a recuperação da funcionalidade ocorre principalmente após a alta hospitalar (Carvalho *et al.*, 2018; Tavares; Gracio; Nunes, 2018). No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) reconhece a incapacidade funcional como o principal problema que pode afetar o idoso e reconhece como desafio a insuficiência de estruturas de cuidados intermediários que promovam a intermediação segura entre a alta hospitalar e o domicílio, sendo a família a executora do cuidado ao idoso (Brasil, 2006).

Apesar do avanço nas leis e normativas direcionadas às pessoas idosas no país, ainda há uma lacuna na implementação dessas políticas na realidade assistencial dos serviços de saúde, o que expõe ainda mais essa parcela da população a riscos de descuidados (Minayo, 2021).

A transição do cuidado hospital-domicílio é uma estratégia para qualificar a assistência prestada à pessoa idosa e sua família, além da possibilidade de melhorar a realidade dos serviços de saúde (Costa *et al.*, 2020). Define-se cuidados de transição como práticas coordenadas eficazes para garantir segurança e continuidade dos cuidados durante a transferência na alta hospitalar, pretendendo garantir qualidade de vida e evitar reinternações hospitalares (Bernardino *et al.*, 2022).

Para Meleis (2010) uma transição saudável está relacionada ao domínio dos comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados aos novos papéis impostos em um processo de transição. Para o idoso e sua família atingirem uma transição hospital-domicílio saudável, é necessário que a equipe de saúde utilize estratégias que permitam a identificação das condições para essa transição e desenvolva conhecimentos e competências, encontrando oportunidades de crescimento.

De acordo com Costa *et al.* (2019) intervenções de cuidados de transição estão sendo implementadas, buscando dar respostas aos desafios enfrentados de modo a prevenir reinternações, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Dentre as intervenções eficazes para promover uma transição de cuidado segura, destaca-se a prestação de serviços multiprofissionais e interdisciplinares (Lima *et al.*, 2018; Coffey, 2019).

A implementação de modalidades de atendimento com abordagem multiprofissional e interdisciplinar é um mecanismo apontado na PNSPI para fortalecer a atenção à saúde da pessoa idosa, porém, também reconhece a carência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em saúde do idoso.

Nesse sentido, em 2007 foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que consiste em uma política de formação e desenvolvimento de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, devendo acontecer no cotidiano das pessoas e organizações e estar pautada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (Brasil, 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é revelada como impulsionadora de processos de mudanças no trabalho e na formação dos profissionais de saúde, de modo que estes se coloquem em permanente reflexão e ressignificação sobre as maneiras de promover saúde-doença no dia a dia (Ogata *et al.*, 2021).

A PNSPI e a PNEPS buscam romper o conceito de sistema de saúde verticalizado, fragmentado e com foco no tratamento da doença. Almeja-se o trabalho em rede, com articulação entre os níveis assistenciais e ações centradas nas necessidades das pessoas (Brasil, 2006, 2007).

Para Minayo (2019), é urgente a necessidade de desenvolver estratégias voltadas à população idosa do Brasil, em especial quando há perda da sua autonomia física, cognitiva, emocional, mental e social levando o idoso a incapacidade funcional e dependência de cuidados.

Considerando a complexidade que envolve a pessoa idosa, o envelhecimento populacional e a necessidade de elaborar e implementar estratégias multiprofissionais que promovam um cuidado integrado, a partir da realidade vivenciada pelos profissionais e sob uma perspectiva reflexiva e dialógica acerca dos processos de trabalho em saúde, este estudo partiu do seguinte questionamento: Como desenvolver coletivamente um plano de intervenções terapêuticas para alta segura de idosos dependentes com uma equipe multiprofissional hospitalar?

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever o processo de construção coletiva de um plano de intervenções terapêuticas para alta segura de idosos dependentes, visando uma transição saudável.

## **2.2 MÉTODO**

Estudo descritivo-exploratório, fundamentado no referencial teórico metodológico da pesquisa-ação proposto por Michel Thiollent.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que incorpora a construção do conhecimento social a partir da cooperação e participação dos pesquisadores e participantes representativos da situação problema, além do compromisso com a mudança social. Ela é empreendida em associação a uma ação ou resolução de um problema coletivo, em que a participação das pessoas engajadas na questão e contexto investigados é indispensável. Cabe ao

pesquisador exercer a função de equacionar os problemas identificados, acompanhar e avaliar as ações desencadeadas (Thiollent, 2011).

O modelo de planejamento e organização da pesquisa-ação proposto por Thiollent estabelece um ponto de partida, denominada de Fase Exploratória e um ponto de chegada intitulada de Divulgação dos Resultados. Entre essas fases encontram-se temas intermediários, como: o tema da pesquisa; a colocação dos problemas; o lugar da teoria; hipóteses; seminário; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal e saber informal; plano de ação; divulgação externa. Esses temas não são ordenados em uma sequência temporal fixa o que permite maleabilidade, possibilitando replanejamentos em função do cenário encontrado na situação investigada e da dinâmica interna do grupo (Thiollent, 2011).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, partiu-se de um planejamento inicial do número de oficinas, temas a serem desenvolvidos, objetivos a serem atingidos, recursos e materiais necessários. Este planejamento foi sendo retomado e adaptado após o desenvolvimento de cada oficina, possibilitando replanejamentos.

A pesquisa ocorreu numa cidade do sul do Brasil onde se estima um total de 81.848 idosos (14% da população geral) conforme dados do cadastro da vacinação contra covid-19. O local do estudo foi em um hospital estadual de média complexidade, com capacidade para internação de 115 leitos. O número de pessoas acima de 65 anos internados de janeiro a dezembro de 2021 foi de 1554 (Antonio, 2019).

Nove profissionais da saúde participaram do estudo, foram eles: um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro enfermeiros assistenciais das unidades de internação clínica. A escolha dos participantes teve um caráter intencional, considerando o engajamento e disponibilidade dos profissionais para discutir a temática da transição de cuidados de pessoas idosas. Estes mesmos participantes responderam as entrevistas na primeira fase da pesquisa, fase exploratória com o

objetivo de revelar suas percepções sobre a alta de idosos. Este artigo aborda a segunda fase da pesquisa, fase do desenvolvimento das oficinas coletivas.

As oficinas ocorreram no segundo semestre de 2021, no auditório do hospital do estudo. Havia um planejamento prévio de realização de quatro oficinas com intervalos de 15 dias entre elas, assim, em conjunto com os participantes foram definidas as datas e horários das oficinas, além do tempo de duração de três horas. Utilizou-se de estratégias de metodologias ativas de ensino e aprendizagem incluindo a técnica de roda de conversa para o desenvolvimento das reflexões, oportunizando um processo participativo e democrático. A roda de conversa é bastante difundida nas pesquisas participativas e dialógicas, pois permite que os diálogos fluam de maneira espontânea. Apesar de haver um planejamento, que consiste no tema que reunirá o grupo para discussão e reflexão, não se faz necessário um roteiro de questões pré-estabelecidas (Ribeiro; Souza; Sampaio, 2018).

A fim de obter material que contribuísse para o desenvolvimento desta pesquisa, todos os encontros foram gravados em áudio e imagem com autorização dos participantes.

Os resultados das oficinas foram discutidos com o arcabouço teórico da literatura atual acerca da temática e das políticas públicas voltadas à pessoa Idosa como a PNSPI, a PNEPS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar- PNHOSP (Brasil, 2013).

Este estudo faz parte de uma tese de doutorado intitulada: “Idoso com dependência funcional: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação”, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) sob parecer nº 3.504.079 e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná sob parecer nº 3.721.010 (Brasil, 2012).

### 2.3 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados visando descrever o percurso realizado pelos participantes na construção de um plano de intervenções terapêuticas para transição segura de idosos dependentes na alta hospitalar. Utilizou-se nas oficinas de um processo metodológico de acordo com os preceitos da pesquisa ação, fundamentado na estreita relação entre o pesquisador e o campo de pesquisa com o objetivo de uma reflexão coletiva para construção da alternativa de mudança e solução de problemas na realidade.

Havia um planejamento inicial de quatro oficinas, porém durante o desenvolvimento os participantes identificaram a necessidade de aprimorar algumas questões, o que resultou em sete oficinas. Em cinco, houve a participação de todos os participantes e em duas oficinas satélites participaram os enfermeiros e o nutricionista, pois estes profissionais sentiram necessidade de discutir questões específicas de suas áreas de conhecimento. As oficinas tiveram um média de três horas de duração.

O **PRIMEIRO ENCONTRO** teve como objetivo apresentar conceitos teóricos relevantes para a temática como: envelhecimento populacional; incapacidade funcional x hospitalização; conceito de alta hospitalar responsável; reflexões sobre o papel dos serviços de saúde na transição do idoso do hospital para o domicílio; estatística do número de idosos hospitalizados na instituição em questão; objetivos da pesquisa; metodologia da pesquisa ação e seu referencial teórico e, por fim, o convite para a participação enquanto um grupo de trabalho multidisciplinar na construção de uma proposta visando qualificar o idoso hospitalizado.

Nesse encontro, inicialmente os colaboradores da pesquisa apresentaram as intenções e expectativas quanto as razões para a participação no grupo, conforme os seguintes argumentos:

- ▶ *Por me sentir responsável enquanto profissional de saúde;*

- ▶ *Por ter interesse pessoal com as questões que envolvem o idoso e vivenciar no meu dia a dia de trabalho as fragilidades que permeiam a transição do idoso do hospital para o domicílio;*
- ▶ *Por reconhecer e valorizar cada profissional, por suas experiências profissionais;*
- ▶ *Por perceber que esse processo assistencial precisa ser revisto e reformulado;*
- ▶ *Por acreditar que com esta pesquisa, de convivência coletiva, podemos crescer enquanto grupo e construir novos conhecimentos;*

Na sequência, a pesquisadora principal conduziu a discussão sobre os aspectos que envolvem a pesquisa participante, metodologia escolhida para nortear o processo da pesquisa.

Já havia um aceite individual para participação neste estudo, porém, firmar um acordo enquanto grupo fazia-se necessário nesse momento. Assim o grupo foi efetivamente constituído com os nove profissionais que compõe a equipe multiprofissional e prestam assistência direta à pessoa idosa hospitalizada.

Em meio aos resultados alcançados neste encontro, destaca-se a aproximação com os profissionais, a fluidez no diálogo com o grupo, o encontro dos profissionais com conceitos teóricos importantes que instrumentalizaram o grupo do ponto de vista do conhecimento ampliando o diálogo sobre a temática.

Também explicitou meu interesse enquanto pesquisadora principal e a definição do papel a ser desempenhado no grupo, enquanto equacionadora dos problemas levantados, acompanhamento e avaliação das ações, tornando claro que com este tipo de pesquisa estávamos aprendendo uns com os outros. O objetivo era de construirmos conhecimentos que qualificassem a assistência prestada a pessoa idosa.

Pontos importantes foram acordados para a convivência em grupo e reafirmado o respeito às diferentes opiniões e à expertise de cada profissional em sua área de conhecimento.

Suscitou, também, várias problemáticas relacionadas ao processo de alta hospitalar do idoso com dependência funcional, dessa forma o delineamento para discussão no próximo encontro ficou estabelecido: “*Como fazemos o processo de alta hospitalar do idoso?*” “*Quais desafios enfrentamos?*”

O **SEGUNDO ENCONTRO** foi iniciado com a realização de um check-in, para manifestação dos participantes quanto às suas expectativas relacionadas ao início do trabalho. Esse momento teve a intenção de propiciar aos participantes um espaço para que as expectativas ficassem claras, assim como reduzir a ansiedade que permeia um grupo em seus encontros iniciais. Evidenciou-se a partir do *check-in* o quanto essa temática mostrava-se desafiadora para os participantes bem como, era iminente no grupo o desejo de qualificar esse processo.

Em seguida, o grupo foi convidado a esboçar o fluxograma de alta hospitalar vigente na instituição. Com o uso do *flip chart* e canetas coloridas, o grupo foi desenhando a proposta atual da transição do idoso para o domicílio. Para auxiliar no desenvolvimento do pensamento, um caso clínico real de um idoso hospitalizado na instituição e de alta hospitalar foi exposto.

Dentre os produtos alcançados nesse encontro, destaca-se a elaboração do fluxograma atual de alta hospitalar na instituição. A elaboração desse fluxograma subsidiou a identificação e definição dos procedimentos e processos que consideravam insuficientes ou inadequados no processo de internação e alta hospitalar a partir da realidade prático-assistencial que estavam envolvidos. Isso constituiu a base para o desenvolvimento das próximas etapas do grupo participante.

Ainda nesse encontro foi compartilhada uma síntese dos resultados preliminares das entrevistas individuais realizadas na primeira etapa da pesquisa. Os resultados apresentados foram focados apenas nos problemas

identificados pelos entrevistados. Este compartilhamento com o grupo dos resultados das entrevistas convergiu com as reflexões realizadas nesse encontro e, ao mesmo tempo, ampliou a perspectiva do grupo.

No *check-out* o grupo pactuou as datas dos próximos encontros, tempo de duração e os temas essenciais para discussão foram eleitos. Houve uma solicitação do grupo para que na próxima reunião fossem compartilhados conteúdos teóricos sobre a temática e, também, as leis que tratam sobre a saúde da pessoa idosa e alta segura.

Uma síntese das decisões desse encontro foi realizada e os participantes verbalizaram a satisfação com a proposta do grupo e a condução. O grupo foi instigado a sair do encontro com os seguintes questionamentos: *Que coisas importantes ainda não abordamos? Quais ações poderiam ser adotadas de modo a qualificar esse processo?*

No **TERCEIRO ENCONTRO** o grupo desenvolveu a teorização sobre a saúde do idoso e as políticas públicas voltadas à pessoa idosa e as hipóteses de solução.

O compartilhamento teórico da literatura abrangeu os seguintes temas: envelhecimento e aumento de doenças crônicas; incapacidade funcional; dependência; a legislação que ampara a pessoa idosa como a PNPSI, Estatuto do Idoso, a PNHOSP e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Os problemas elencados no último encontro foram retomados e foi solicitado que eles em duplas escolhessem dois problemas para refletirem sobre hipóteses de ações. Um tempo de reflexão e discussão foi necessário para que as duplas pudessem colocar as propostas. Com tarjetas, cada dupla apresentou os problemas e as ações que foram refletidas. Em uma parede do auditório, as tarjetas com os problemas e as possíveis ações foram sendo coladas e compartilhadas com todos.

Os problemas já elencados pelo grupo e o aprofundamento teórico compartilhado, subsidiaram a reflexão acerca das hipóteses de ações de

intervenção. Dessa forma, o grupo conseguiu elaborar propostas de ações tendo em vista a qualificação do processo de alta hospitalar da pessoa idosa tornando-o mais seguro. Houve intensa participação e engajamento do grupo nessa atividade, pois permitiu que validassem os problemas e as possibilidades de intervenções. Como trata-se de um grupo multidisciplinar, as interações e perspectivas de várias áreas de conhecimento somaram-se nesse momento trazendo uma riqueza peculiar nessa construção.

As hipóteses de ações emergidas das entrevistas individuais foram discutidas com o grupo, tornando explícitos a potência de um grupo no delineamento de ações em prol de qualificar um processo e o resultado que é possível alcançar a partir do momento que há fusão das diversas faces do conhecimento. Suscitou também nesse encontro a importância de discutir a definição dos papéis e atribuições de cada profissional nesse processo, tema que se pactuou seria discutido no próximo encontro.

No **QUARTO ENCONTRO**, foi construído um cenário em que ficaram expostas as hipóteses de ações já elencadas e o fluxograma atual realizado no primeiro encontro. Usando o *flip chart* e canetas coloridas uma nova proposta de fluxograma de alta hospitalar para a pessoa idosa foi construída de forma participativa pelo grupo. Em cada etapa construída do fluxograma, o grupo foi definindo as atribuições e responsabilidades de cada profissional e isso foi sendo validado e discutido por cada profissional ali representando sua categoria.

O grupo refletiu que para qualificar a transição do idoso do hospital para o domicílio era necessário ir além do estabelecimento de um fluxograma, e propôs a denominação de um “Programa de alta hospitalar para pessoa idosa”. Discutiu-se o conceito da palavra “Programa” para melhor compreender seu significado e validá-la como adequada nesta proposta. Considerou-se como definição de Programa: uma atividade ou conjunto de atividades planejadas para um dado período. Desta forma, entendeu-se que em relação a alta hospitalar do idoso a palavra “Programa” inclui o fluxograma e todas as atividades planejadas em cada etapa esboçada. Assim, passamos a

entender que cada ação empreendida no processo de alta hospitalar do idoso, faz parte de um Programa de Alta Hospitalar.

Com a nova proposta de fluxograma construído, o grupo evidenciou a necessidade de definir algumas questões e discutiu como avançar nos seguintes itens:

- (1) Em virtude da alta demanda de idosos que são hospitalizados no serviço em estudo, o grupo definiu a necessidade de se estabelecer critérios para incluir o idoso no programa de alta segura.
- (2) Elaborar um roteiro de entrevista inicial, centrada no idoso e seu contexto, para identificar as necessidades do idoso e do cuidador principal.
- (3) Desenvolver uma cartilha de orientações de cuidados domiciliares para o cuidador principal e/ou idoso.

Para o primeiro item “Critérios de Inclusão” a pesquisadora principal assumiu a responsabilidade de buscar na literatura científica escalas/scores de avaliação de dependência para conhecimento e análise do grupo no próximo encontro.

Para o segundo item “Roteiro de Entrevista” refletiu-se sobre a necessidade de elaborar um roteiro que trouxesse informações preliminares, sobre o paciente e seu contexto de vida, para toda equipe multiprofissional de modo a ter informações que subsidiassem os profissionais do grupo de alta segura em sua primeira abordagem. Sendo assim, todos os profissionais foram sinalizando as suas peculiaridades. O enfermeiro foi identificado pelo grupo como o profissional mais indicado para assumir esse papel, considerando a interlocução que possui com a equipe multiprofissional e a proximidade com o paciente e família. Os enfermeiros concordaram e assumiram o compromisso de estruturar o roteiro de acordo com as colocações realizadas pelos profissionais e para isso decidiram formar um grupo satélite para aprofundar a discussão.

No terceiro item “Cartilha de orientações” houve um consenso que cada membro da equipe multiprofissional contribuiria com sua área de conhecimento e decidiu-se pela constituição de grupos satélites objetivando construir esse material.

A pesquisadora principal se responsabilizou em organizar as oficinas satélites e acordou-se um novo encontro com o grupo completo em torno de 40 dias, para validação do material que seria desenvolvido.

No **QUINTO ENCONTRO** denominado de Grupo Satélite I, os enfermeiros estruturaram um roteiro de entrevista que seria aplicado pelo Enfermeiro ao idoso e seu cuidador principal, tão logo o paciente fosse incluído no programa de alta segura.

O roteiro foi estruturado a partir das sugestões compartilhadas no último encontro do grupo completo, a fim de contemplar as informações relevantes a todas as áreas de conhecimento, permitindo investigar e trazer informações relevantes, com vistas a preparar o idoso e seu cuidador para a alta hospitalar em consonância com a sua realidade de vida. Deste modo, as informações incluídas foram: Dados de Identificação; Dados Antropométricos; Histórico de Saúde: abrangendo aspectos sobre mobilidade e uso de próteses e/ou órteses, histórico de reinternações e data da última internação hospitalar; História da Doença Atual; Identificação de Apoio da Rede de Saúde e UBS referência; Dados do Cuidador Principal (identificação, escolaridade, vínculo com o idoso, além de duas questões abertas inseridas a pedido da psicóloga do grupo buscando identificar a necessidade de apoio psicológico e social); Dados sobre os cuidados desempenhados no domicílio: quais são, como faz e as dificuldades enfrentadas; Estrutura Domiciliar (cadeiras de banho e de rodas, colchão especial, cama hospitalar e outros); Uso de Dispositivos Médicos no Domicílio e; a Necessidade de Intervenção. Esse item possui como finalidade os apontamentos por parte do entrevistador das possíveis intervenções que serão necessárias para cada pessoa idosa e sua família.

Ainda nesse encontro, foram elencados os principais cuidados que precisariam ser descritos para compor a cartilha de orientações de alta que

seria entregue ao cuidador principal e/ou ao idoso. Os temas foram divididos entre os enfermeiros de modo que cada um descrevesse esses cuidados e no próximo grupo satélite compartilharíamos e faríamos os ajustes necessários.

O **SEXTO ENCONTRO**, denominado Grupo satélite II teve a finalidade de elaborar as orientações de cuidados após a alta hospitalar. Desta forma, foi desenvolvida a cartilha de orientações de alta para pessoa idosa e seu familiar cuidador. As orientações e os cuidados com a alimentação e sonda nasoesofágica/gastrostomia foram feitas em conjunto com a nutricionista.

O **SÉTIMO ENCONTRO** envolveu todos os participantes. Neste encontro os profissionais que participaram dos grupos de trabalho nos grupos satélites compartilharam os materiais produzidos (Roteiro de Entrevista e a Cartilha de Cuidados) e a pesquisadora principal apresentou duas escalas para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa.

Em relação ao Roteiro de Entrevista, as sugestões e implementações dos demais profissionais foram acolhidas, definindo-se assim o roteiro definitivo.

A cartilha de orientação já havia sido encaminhada individualmente para que todos os profissionais fizessem uma leitura e seus apontamentos. Nesse encontro, ela foi validada pelo grupo e as sugestões consideradas.

Quanto aos critérios para inclusão da pessoa idosa no programa de alta, duas escalas foram apresentadas ao grupo. A primeira – foi a Escala de Katz que avalia o grau de dependência do idoso baseado na necessidade ou não de auxílio para realizar atividades básicas da vida diária. Ao final, o paciente pode ser classificado com dependência total; dependência parcial ou independência. A segunda escala apresentada — Escala- IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional) consiste em um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso e ao final o paciente pode ser classificado de acordo com a vulnerabilidade clínico-funcional: baixa, moderada ou alta.

De modo a contribuir para o processo de escolha do grupo, dois casos clínicos fictícios foram apresentados e ambas as escalas foram aplicadas. Por consenso, o grupo optou por trabalhar com a escala de Katz, para os idosos que recebessem um score 6 (dependente em todas as 6 funções avaliadas). Para justificar descarte da escala IVCF-20, foi considerado o perfil dos idosos hospitalizados no serviço em estudo, a maioria apresentaria “alta vulnerabilidade clínico-funcional”, o que incluiria a totalidade dos idosos hospitalizados no programa de alta hospitalar, o que não seria possível na fase inicial.

Ao final, houve a validação do programa de alta e do fluxograma final contemplados pelo grupo. As atividades foram encerradas com a releitura de todas as intervenções e seus ajustes.

Houve uma manifestação do grupo sobre o desejo de validarmos esse processo na prática assistencial. Em virtude das dificuldades operacionais a implementação do programa de alta ocorrerá somente no ano de 2023. Almeja-se que novos estudos sejam realizados com a finalidade de aprimorar processos que qualifiquem a transição de cuidado da pessoa idosa do hospital para o domicílio.

## **2.4 DISCUSSÃO**

A construção de ações fundamentadas em processos de produção de saberes compartilhados com várias áreas de conhecimento e emergidos das vivências da realidade assistencial em saúde, são fundamentais para garantir a qualidade do cuidado à pessoa idosa e sua família.

Tendo em vista os resultados alcançados neste estudo, pode-se afirmar que as reflexões e discussões resultantes das oficinas oportunizaram aos profissionais uma reflexão crítica de sua realidade, além de ampliar as percepções individuais a partir da escuta do grupo e do compartilhamento do conhecimento. O caminho percorrido, constituiu-se em práticas educativas desenvolvidas no dia a dia de trabalho dos envolvidos para a transformação da realidade. Visando aprofundar este caminho percorrido, o mesmo será discutido a luz da legislação, normas e evidências científicas.

A relevância desta experiência vem da realidade reconhecida na PNSPI, que explicita dentre os seus desafios a carência de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento. Aponta como uma de suas diretrizes a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Coerente com a PNSPI, o Brasil conta com a PNEPS, cuja finalidade busca atender a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de coordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde. Os conceitos-chaves dessa política abrangem a problematização dos processos de trabalho a partir da vivência da realidade, considerando a experiência, os conhecimentos prévios dos envolvidos e as necessidades de saúde da população.

Em revisão integrativa de literatura, Jacobovski e Ferro (2021) apresentam a EPS como uma estratégia criada para romper o modelo tradicional e tecnicista de ensino-aprendizagem em saúde, em uma perspectiva problematizadora, coletiva e interdisciplinar.

Neste estudo, o desenvolvimento das oficinas ocorreu a partir da identificação do contexto vinculado a alta hospitalar do idoso dependente hospitalizado, assim todas as reflexões e discussões foram problematizadas, considerando os saberes e experiências prévias dos profissionais que participaram. Considerando a concepção da pesquisa-ação e as estratégias facilitadoras do diálogo, decidiu-se ir além das repetições de técnicas ou métodos, pois a proposta era romper com o modelo hegemônico focado na transmissão de conhecimentos. Para tanto, implementou-se o uso de metodologias ativas de ensino e a roda de conversa para estimular o raciocínio e promover o protagonismo de cada participante das oficinas.

A EPS pode ser considerada uma ferramenta pedagógica que, utilizando a problematização da realidade assistencial em saúde, permite uma análise do processo de trabalho (Jesus; Rodrigues, 2022). Nesta linha a PNHOSP estabelece como uma das funções de um hospital, a educação e a formação de recursos humanos para a RAS (Brasil, 2013).

Em estudo realizado por Silva *et al.* (2022), evidenciou-se a significância da adoção de estratégias problematizadoras e participativas para o fortalecimento da EPS, a própria PNEPS está ancorada na aprendizagem significativa como possibilidade de transformação das práticas em saúde (Brasil, 2006).

A aprendizagem significativa implica em modificar e aumentar os conceitos já existentes na cognição do sujeito. O contexto principal da aprendizagem significativa considera que o que é aprendido e desenvolvido durante a vida de uma pessoa possui significado, e todo conhecimento adquirido será transformado em aprendizagem (Lacerda; Guerreiro, 2023).

As abordagens de intervenção para educação permanente em saúde devem possibilitar autorreflexão ao profissional, a fim de que reconheça sua responsabilidade no itinerário de ressignificações do aprender no decorrer da sua vida. Torna-se necessário o uso de metodologias que construam ou reconstruam o conhecimento ao invés de reproduzir informações desalinhadas da prática (Backes *et al.*, 2022).

Em outro estudo, que realizou um relato de experiência sobre o uso de rodas de conversas como estratégia para EPS, os autores descrevem as potencialidades desta técnica de coleta de dados, uma vez que permite a troca de experiências e conhecimentos entre os participantes e a construção coletiva de ações em prol de uma problemática (Moretti; Barcellos, 2020).

No transcorrer do desenvolvimento das oficinas, a teoria somou-se às discussões de forma a instrumentalizar e ampliar os conhecimentos dos envolvidos, a fim de elaborar ações que qualificassem a transição do idoso dependente para o domicílio após a alta hospitalar.

Dessa forma, pode-se afirmar que as práticas educativas desenvolvidas a partir dos desafios da realidade de trabalho oportunizaram aos profissionais uma reflexão crítica de sua realidade, além de ampliar as percepções individuais a partir da escuta do grupo e do compartilhamento do conhecimento.

Outro ponto que deve ser discutido, diz respeito ao engajamento da equipe multiprofissional nas oficinas. Gradualmente os profissionais assumiram o protagonismo dos encontros e o aprender uns com os outros fortaleceu o processo de reflexão. O diálogo multiprofissional não eximiu que cada profissional dentro de sua área de conhecimento refletisse sobre as questões vinculadas ao seu fazer individual, mas potencializou a discussão acerca da complexidade que envolve a pessoa idosa dependente de cuidados. Isso torna-se explícito nas ações que foram desenvolvidas pelo grupo, em que buscou-se estabelecer intervenções centradas no indivíduo e seu contexto de vida dentro de uma ampla perspectiva de saúde.

Esses dados corroboram com as diretrizes da PNHOSP, que propõe um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a PNEPS foi criada com objetivo de atender os princípios do SUS, em especial a integralidade, para que as ações em saúde sejam prestadas tendo como base os contextos sociais e histórias de vida, garantindo acolhimento e responsabilidade pelos problemas de saúde (Brasil, 2006).

Cabe ressaltar o protagonismo que o profissional enfermeiro ocupa no processo de transição de cuidado do idoso. Neste estudo, este profissional foi apontado várias vezes pelo grupo como o principal elo entre o idoso/familiar e a equipe de saúde.

Outro ponto relevante trata da necessidade de que as instituições hospitalares estabeleçam um profissional para gerenciar o processo de alta hospitalar, pois a continuidade do cuidado somente será promovida com ações de coordenação que impulsionem o processo de maneira efetiva e coletiva (Aued *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a enfermagem desempenha importante papel na transição do cuidado, por isso é essencial que os enfermeiros consolidem sua

atuação na coordenação neste contexto, incluindo o planejamento da alta, educação em saúde e a articulação entre a RAS (Acosta *et al.*, 2020).

Ressalta-se que esse processo de construção culminou com a elaboração de um programa de alta hospitalar segura para idosos dependentes, dentro de uma perspectiva multiprofissional. Em revisão integrativa da literatura, Petrocini *et al.* (2022) identificaram que os programas de transição de cuidados para idosos impactam em melhor adesão medicamentosa, estilo de vida saudável, menores taxas de eventos adversos e readmissões hospitalares.

Em consonância com esse resultado, a PNAH estabelece que ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde devem ser implementadas a fim de reduzir incidentes e atos inseguros relacionados ao cuidado. Estabelece ainda, como eixo da assistência hospitalar, o cumprimento da alta hospitalar segura por meio da educação em saúde, articulação da continuidade do cuidado com a RAS e criação de estratégias de desospitalização (Brasil, 2013).

Compreende-se que o estudo se limitou a um contexto específico. No entanto, espera-se que essa pesquisa estimule o desenvolvimento de outras investigações que aprofundem a discussão acerca da PNEPS, que é essencial para o fortalecimento do SUS e, também, sobre a temática específica em estudo: plano de intervenções terapêuticas para alta segura de idosos dependentes, visando uma transição saudável.

## **2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do grupo participativo deste estudo revelou-se como uma estratégia de educação permanente em saúde e demonstrou seu potencial para ampliar o conhecimento por meio do compartilhamento de informações e experiências que foram se somando no transcorrer das oficinas. A valorização dos diversos saberes profissionais foi fundamental para o alcance de resultados pautados na integralidade do cuidado.

Destaca-se que, a problematização da realidade dos profissionais participantes associada a teoria, possibilitou a construção do conhecimento social dos participantes, a partir dos problemas identificados pelo próprio grupo. As dinâmicas utilizadas durante as oficinas, como a roda de conversa, mostraram-se como importantes recursos facilitadores do diálogo e das reflexões acerca da temática do idoso em seu processo de transição hospital-domicílio.

Este processo culminou com a elaboração de um programa de alta segura para idosos dependentes, construído de forma coletiva por uma equipe multiprofissional, a partir da realidade vivenciada e refletida, cujo objetivo principal pretende qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa dependente de cuidados em sua transição hospital- domicílio.

Esta pesquisa contribui para reiterar a relevância de atender a PNSPI acerca da necessidade de formação de profissionais voltados para assistir pessoa idosa. Na PNEPS a aprendizagem no trabalho na área hospitalar propicia o desenvolvimento de ações que incluam a pessoa idosa, e qualifiquem os processos a partir do envolvimento dos profissionais da saúde em uma perspectiva de formação que possibilite demonstrar suas opiniões, compartilhar saberes e ressignificar o cuidado à pessoa idosa. A PNEPS é uma aposta para mudanças nas práticas de saúde e de educação em que os debates devem estar centrados na construção de um sistema de saúde integral e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p. 20190155, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Q4yp6NjqY3N3DwDTqG8MqRk/?lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2023.

ANTONIO, C. H. **Avaliação do perfil de risco para ocorrência de *delirium* em idosos admitidos em hospital público**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

AUED, G. K. *et al.* Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 27, p. e3162, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162.month>. Acesso em: 26 jun.2023.

BACKES, D. S. *et al.* Educação permanente: percepção da enfermagem à luz do pensamento da complexidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAPE01906, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/gBK6N9mYPjsYVBbLStvzYnp/> Acesso em: 22 jul. 2023.

BERNARDINO, E. *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20200435. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 22 set. 2023.

CARVALHO, T. C. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbv3FzBx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

COFFEY, A. *et al.* Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (RE)Admission: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel**, v. 16, n. 14, p. 2457, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/14/2457>. Acesso em: 03 ago. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180332, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkkpqY6C6C5vXkjD7bdgndc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20210030, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Acesso em: 20 jun. 2023.

JACOBOWSKI, R.; FERRO, L. F. Permanent education in Health and Active Learning methodologies: a systematic integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 3, p. e39910313391, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13391>. Acesso em: 6 ago. 2023.

JESUS, J. M; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação em Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMsFMNvd8fbx9fz/> . Acesso em: 22 jul. 2023.

LACERDA, C. R.; GUERREIRO, M. G. Aprendizagem significativa: estudo acerca das concepções e práticas dos professores no Ensino Superior. **Revista Internacional de Educação Superior**, Campinas,. v. 9, p. 1-25, 2023. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/riesup/article/view/8668162/30155> . Acesso em: 31 ago. 2023.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre,. v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=pt> Acesso em: 06 ago. 2023.

MELEIS, A. I. Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8BbYnbBswyVxf7cMNQWXkR/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar de pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSXrJQFydp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MORETTI, M. M. S.; BARCELLOS, R. A. Rodas de conversas como estratégia de educação permanente em saúde na construção de protocolo assistencial. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. e112385395, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5395>. Acesso em: 22 jul. 2023.

OGATA, M. N. *et al.* Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e03733, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=pt&f>. Acesso em: 06 ago. 2023.

PETROCINI, K. R. *et al.* Ações em saúde propostas em programas de transição do cuidado para idosos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 3, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26591>. Acesso em: 22 jul. 2023.

RIBEIRO, T.; SOUZA, R.; SAMPAIO, C. S. **Conversa como metodologia de pesquisa**: por que não? Rio de Janeiro: Ayvu, 2018.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. Care complexity in hospitalized elderly according to cognitive performance. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 134-139, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/4TXWjkCxXtJYR4GQ344RjcP/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

SILVA, V. B. *et al.* Abordagem problematizadora da educação permanente em saúde na formação em enfermagem: uma experiência na atenção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210543, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xHRGgTndvqkSgqvR3S74bvM/?lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2023.

TAVARES, J. P. A.; GRÁCIO, J. C. G.; NUNES, L. Hospitalized older adults: functional trajectory in a Portuguese hospital. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 18, p. 19-26, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388257566003>. Acesso em: 30 jun. 2023.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

UNITED NATIONS. **World population prospects 2022**: highlights. New York: United Nations, 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/PopPerc/65plus/76>. Acesso em: 21 jun. 2023.

## 3 Estudo 3

Protocolo multiprofissional  
de intervenções para alta segura  
de pessoas idosas dependentes

---

## PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE INTERVENÇÕES PARA ALTA SEGURA DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES

### RESUMO

**Introdução:** as instituições hospitalares possuem importante papel na transição de cuidados hospital para o domicílio do idoso dependente, de modo a assegurar a continuidade do cuidado. **Objetivo:** Descrever instrumentos que compõe um protocolo multiprofissional de intervenções para a alta segura de pessoas idosas dependentes. **Método:** pesquisa-ação orientada pelo referencial teórico metodológico Michel Thiollent. Desenvolvida em duas etapas: fase exploratória e fase dos grupos participantes. Compreendeu o segundo semestre de 2019 ao segundo semestre de 2021. O grupo participante envolveu nove profissionais de saúde da área hospitalar. Estratégias como rodas de conversa, metodologias ativas e método 5W2H foram utilizadas. **Resultados:** Construção coletiva de instrumentos que constituíram um Programa de Alta Segura para idosos dependentes: Organização do plano de ações, com um Fluxograma normativo; Roteiro de Entrevista e Cartilha de Orientações de Alta. **Considerações Finais:** Os instrumentos idealizados e desenvolvidos pela equipe multiprofissional, qualifica a transição do cuidado hospital-domicílio do idoso dependente e instrumentaliza a equipe de saúde hospitalar nas tomadas de decisões vinculadas a alta do idoso dependente de cuidados.

**DESCRITORES:** Cuidado Transicional; Idoso; Alta do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Fluxos de Trabalho.

## MULTIPROFESSIONAL PROTOCOL OF INTERVENTIONS FOR THE SAFE DISCHARGE OF DEPENDENT OLDER ADULTS

### ABSTRACT

**Introduction:** Hospital institutions play an important role in transitional care from hospitals to dependent older adults' homes, so as to ensure care continuity. **Objective:** to describe instruments that comprise a multiprofessional protocol of interventions for the safe discharge of dependent older adults. **Method:** an action-research study guided by Michel Thiollent's theoretical and methodological framework. It was developed in two stages: an exploratory phase and another one with the participating groups. This encompassed from the second half of 2019 to the second half of 2021. The participating group involved nine health professionals working in the hospital area. Some of the strategies used were conversation circles, active methodologies and the 5W2H method. **Results:** collective elaboration of instruments that comprised a Safe Discharge Program for dependent older adults: Organization of the Action Plan, with a Normative Flowchart; Interview Script; and Discharge Guidelines Booklet. **Final Considerations:** The instruments that were conceived and developed by the multiprofessional team qualify dependent older adults' hospital-home transitional care and equip the in-hospital health team in the decisions linked to the discharge of care-dependent aged individuals.

**DESCRIPTORS:** Transitional Care; Older Adult; Patient Discharge; Patient Care Team; Work Flows.

### 3.1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional marcou o Brasil e o mundo nas últimas décadas. Simultaneamente, ocorreu o crescimento do número de idosos com 80 anos ou mais, período da vida considerado vulnerável em consequência a perda da autonomia e o desenvolvimento da dependência (OPAS, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 o Brasil terá 77 milhões de pessoas dependentes de cuidados, considerando crianças e idosos (IBGE, 2017). O envelhecimento populacional cursa com o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que representam a principal causa de hospitalizações e morte na população idosa (Figueiredo; Ceccon; Figueiredo, 2021).

Em estudo de coorte prospectivo, foi constatado que a idade e internação prévia estão entre os preditores mais relevantes de declínio funcional no idoso (Tavares; Nunes; Grácio, 2021).

Outro estudo, evidenciou que a hospitalização da pessoa idosa está associada ao declínio da capacidade funcional, o que pode agravar sua condição de dependência de cuidados (Billet *et al*, 2019).

Após a alta hospitalar o idoso dependente de cuidados necessita de assistência segura, de modo a minimizar os agravos a sua saúde e, conseqüentemente, as reinternações hospitalares que declinam ainda mais seu estado de saúde e gera sofrimento para si e seus familiares (Silva *et al.*, 2020 a).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) estabelece Atenção Domiciliar (AD) como responsável pela continuidade de cuidados domiciliares após a alta hospitalar de pessoas em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade (Brasil, 2016).

No entanto, apesar do avanço na implementação das políticas de proteção ao idoso nas últimas décadas no país, a oferta de serviços pelo Estado é restrita. Essa situação é reconhecida na própria PNSPI, onde denota a falta de

estruturas de cuidados intermediários destinadas a promover a intermediação segura entre a alta hospitalar e o retorno do idoso e sua família ao domicílio, sendo a família a executora do cuidado ao idoso (Brasil, 2006).

O cuidador familiar é considerado um cuidador informal, sem vínculo empregatício, que assume o compromisso de cuidar do idoso que apresenta uma condição de incapacidade funcional temporária ou definitiva. Muitas vezes isso ocorre de maneira repentina e sem preparo prévio, ocasionando mudanças em toda estrutura familiar (Santos *et al.*, 2020).

As instituições hospitalares possuem importante papel nessa transição de cuidado para que se assegure a continuidade do cuidado ao idoso dependente no domicílio. Em revisão Integrativa da literatura, que objetivou analisar a produção científica sobre a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, as autoras concluíram que a necessidade de melhoria da assistência em todos os serviços de saúde é iminente, porém, destacaram a atuação da área hospitalar nesse contexto e a necessidade de articulação com a RAS para um cuidado integral (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), define a alta hospitalar responsável como um dos eixos da assistência hospitalar, definindo-a como a transferência de cuidados (Brasil, 2013).

Em ensaio teórico realizado por Minayo (2021), as autoras discutiram as políticas públicas voltadas aos cuidados de longa duração para pessoas idosas dependentes, no contexto Europeu e Brasileiro, e evidenciaram a insuficiência na efetivação das políticas públicas existentes no Brasil voltadas à pessoa idosa. Em relação à saúde no Brasil, a utilização de protocolos sistematizados que orientam os profissionais de saúde a intervir no processo de transição de cuidados do idoso, são experiências isoladas e precisam ser pauta de discussão.

É essencial discutir sobre instrumentos que ofereçam um cuidado seguro e eficaz na transição da pessoa idosa dependente do hospital para o domicílio, tendo em vista o elevado número de pessoas idosas nessa condição,

sobretudo àqueles que necessitam de dispositivos de saúde para uso em casa. Ademais, o uso de protocolos qualifica a transição do cuidado e favorece o gerenciamento da Rede de Assistência à Saúde (RAS) ao idoso dependente no âmbito domiciliar. Assim, este estudo partiu da seguinte questão: Quais instrumentos podem compor um protocolo de intervenções para alta segura de idosos dependentes, na perspectiva de uma equipe multiprofissional hospitalar?

O objetivo foi descrever os instrumentos que compõe um protocolo multiprofissional de intervenções para a alta segura de pessoas idosas dependentes.

### **3.2 MÉTODO**

Este estudo está inserido em um projeto maior de uma tese de doutorado intitulada: “Idoso com dependência funcional: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação”, conforme as normas, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 13 de agosto de 2019, sob parecer nº 3.504.079 e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná em 23 de novembro de 2019, sob parecer nº 3.721.010 (Brasil, 2012).

Trata-se de uma pesquisa-ação que utilizou como referencial teórico metodológico Michel Thiollent. Optou-se por este tipo de pesquisa pela flexibilidade como método participativo, pelo envolvimento com a prática que permite a interação do pesquisador com os sujeitos de pesquisa e, em que se fundem o saber formal e informal, a teoria e a prática (Thiollent, 2011).

Ocorreu em uma cidade de porte médio do Paraná, com 580.870 habitantes, onde se estima um total de 81.848 idosos (14% da população geral) a partir de dados do cadastro da vacinação contra covid-19. Optou-se por desenvolver a pesquisa em um hospital estadual de média complexidade, com capacidade para internação de 115 leitos (Antonio, 2019).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas e compreendeu o segundo semestre de 2019 ao segundo semestre de 2021, o grande intervalo entre as etapas ocorreu devido a pandemia de COVID que inviabilizou a pesquisa.

Na primeira fase da pesquisa, fase exploratória, ocorreu a definição dos condicionantes facilitadores e inibidores e as possíveis intervenções para uma transição de cuidado segura do idoso dependente do hospital para o domicílio. Estas informações foram elencadas a partir da análise de entrevistas individuais, realizadas com 11 profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional hospitalar que presta assistência direta às pessoas idosas dependentes de cuidados. Os participantes foram dois gestores, um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro enfermeiros assistenciais das unidades de internação clínica. Os dados da primeira etapa da pesquisa-ação estão sintetizados no Quadro 1.

**QUADRO 1** - Dados da primeira etapa da pesquisa-ação para construção do programa de alta hospitalar segura para idosos dependentes.

	<b>CONDICIONANTES FACILITADORES</b>	<b>CONDICIONANTES INIBIDORES</b>	<b>INTERVENÇÕES</b>
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Presença da comunicação verbal e escrita com o SAD	Ausência de comunicação com a UBS na forma verbal e escrita	Relatório de alta hospitalar multiprofissional Uso do cartão do idoso
		Ausência de um sistema informatizado e integrado de prontuário eletrônico entre a RAS	Implantação de sistema informatizado e integrado de prontuário eletrônico Plano de cuidados domiciliares multiprofissional
		Falta de comprometimento familiar	Inserir o familiar no processo de cuidar durante a hospitalização
		Falta de preparo do familiar para o cuidado ao idoso	Educação em saúde para transição do cuidado, em uma abordagem multiprofissional
<b>FAMILIAR CUIDADOR</b>	Permanência e envolvimento familiar durante a hospitalização	Situação socioeconômica familiar	Encaminhamentos e orientações sociais
		Alta demanda nos serviços da RAS	Sistematizar a assistência a pessoa idosa em sua transição de cuidado hospital-domicílio
		Déficit de recursos humanos	Avaliação centrada no idoso e seu contexto
Alta centrada no médico			
<b>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)</b>	Presença de equipe multiprofissional hospitalar e na atenção primária com possibilidade de abordagem integral da pessoa idosa	Descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar pela UBS	Gerenciamento do processo de hospitalização e transição do cuidado do idoso
		Início tardio da transição do cuidado no hospital	
		Orientações de alta pontuais e pouco envolvimento da equipe multiprofissional	
	Seguimento no cuidado aos idosos encaminhados ao SAD, após a alta hospitalar		

Fonte: próprio autor

Na segunda fase, constituíram-se os grupos participantes em que foram envolvidos nove profissionais de saúde que participaram da primeira fase da pesquisa: um fisioterapeuta, um nutricionista, um médico, um assistente social, um psicólogo, quatro enfermeiros assistenciais das unidades de internação clínica. No total ocorreram sete encontros que, por meio de rodas de conversa e uso de metodologias ativas, possibilitaram as discussões, reflexões e o compartilhamento das diversas áreas do conhecimento em saúde. O desenvolvimento dos encontros, revelou-se como uma estratégia de educação permanente em saúde e culminou com a elaboração de um *Programa de Alta Segura para Idosos Dependentes*, construído de forma coletiva por uma equipe multiprofissional, a partir da realidade vivenciada e refletida.

Este artigo visa apresentar os resultados construídos pelos grupos de participantes que estruturaram o *Programa de Alta Segura para Idosos Dependentes* e abarcam: Plano de Ações e Fluxograma; Roteiro de Entrevista; Cartilhas de Orientações de Alta.

Para o desenvolvimento do plano de ações nos grupos participantes, utilizou-se o plano de ações 5W3H, que consiste em uma ferramenta gerencial utilizada para delinear a implementação de soluções de maneira estruturada de modo a identificar as ações, atribuindo-se as responsabilidades, métodos de execuções, prazos e recursos necessários. Sua realização consiste em definir respostas aos questionamentos: *What* (o que será feito?), *Who* (quem fará?), *When* (quando será feito?), *Where* (onde será feito?), *Why* (por que será feito?), *How* (como será feito?) e *How much* (quanto custará?). Apenas o item que se refere ao custo (*how much*) não foi utilizado (Machado, 2009).

Com base no plano de ações, construiu-se um fluxograma de alta segura para idosos dependentes. Um fluxograma é uma representação gráfica da definição, análise e solução de um problema, em que são empregados símbolos geométricos, usados para facilitar a compreensão por parte dos profissionais. Os principais símbolos utilizados nos fluxogramas são: desenho oval, (símbolo de início e fim), desenho retângulo (símbolo de processo), desenho losango (símbolo

de decisão, indica uma questão a ser decidida), desenho círculo (símbolo de conector, conecta elementos separados em uma página), entre outros. Os símbolos são interligados por setas (Werneck; Faria; Campos, 2009).

A cartilha de orientações de alta foi desenvolvida em quatro etapas. A primeira etapa realizada foi a de planejamento que incluiu a definição e identificação das necessidades educacionais da população alvo e a seleção dos conteúdos. Na segunda etapa, ocorreu a redação dos temas de acordo com a literatura. A terceira etapa, a cartilha foi elaborada e montada conforme as recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos, de acordo com as seguintes características: organização, conteúdo, linguagem clara e sucinta, *layout*, aprendizagem e ilustração (Almeida, 2017). Por fim, a quarta etapa consistiu na validação do material pelo grupo.

### 3.3 RESULTADOS

#### □ ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÕES

Por meio das estratégias desenvolvidas nas oficinas e elencadas pela equipe multidisciplinar, foi organizado o plano de ações para qualificar o processo de alta hospitalar do idoso dependente, de acordo com os seguintes pontos: **1.** Previsão de alta médica; **2.** Critério de elegibilidade; **3.** Acionamento da equipe de alta segura; **4.** Identificação e convocação do cuidador principal; **5.** Roteiro de entrevista; **6.** Reunião equipe de alta segura e família do idoso; **7.** Plano de ações e preparo da família; **8.** Alta hospitalar e a transição do cuidado para o domicílio; **9.** Interlocução com a Atenção Primária em Saúde; **10.** Transporte para o domicílio.

1. Previsão de alta médica: estimativa do tempo de tratamento médico do idoso e previsão de alta hospitalar com indicativo no prontuário do paciente.

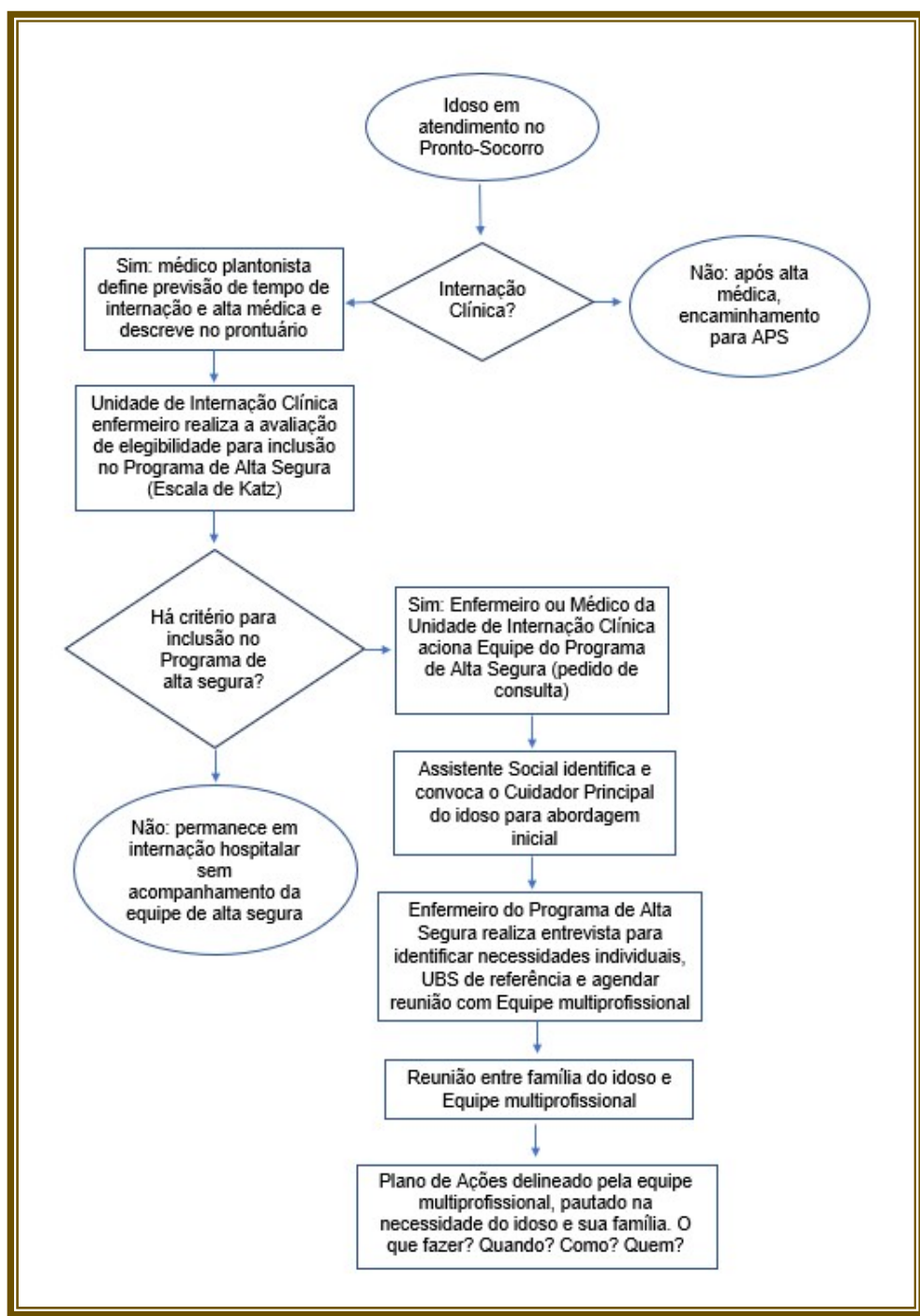
2. Critério de elegibilidade: ao admitir o idoso na Unidade de Internação, o Enfermeiro responsável identifica e avalia se o paciente atende ao critério para ser incluído no programa de alta hospitalar segura. Será utilizada a Escala de Katz, e serão incluídos no programa os idosos que apresentarem score 6, ou seja, dependente em todas as seis funções avaliadas.
3. Acionamento da equipe de alta segura: Enfermeiro ou o Médico responsável da Unidade de Internação aciona a Equipe Multiprofissional de Alta Segura, por meio de um pedido de avaliação.
4. Identificação e convocação do cuidador principal: Assistente social do programa de alta segura convoca o cuidador principal do idoso para a primeira abordagem.
5. Roteiro de entrevista: Enfermeiro do programa de alta segura, realiza a entrevista inicial identificando as necessidades individuais do idoso e seu cuidador. Nessa abordagem, o enfermeiro agendará uma reunião envolvendo a família do idoso com a equipe do programa de alta hospitalar.
6. Reunião equipe de alta segura e família do idoso: tem como finalidade apresentar o programa de alta à família, incluir a família no processo de cuidar e identificar as necessidades de cuidado para elaborar um plano de ações individualizado ao idoso e sua família, visando prepará-los para alta hospitalar.
7. Plano de ações e preparo da família: Um plano de ações, pautado nas necessidades individuais do idoso e sua família, será preparado pela equipe de alta hospitalar. O objetivo deste plano é definir O que fazer? Quando? Como? Quem? ou seja, as ações que serão direcionadas para o idoso e sua família, quando será feito, de que forma será realizado e quais profissionais da equipe de alta segura serão responsáveis pelas ações. O plano de ações inclui ações de educação em saúde que serão realizadas de forma individual e/ou em grupos. As ações serão desenvolvidas durante toda a hospitalização do idoso.
8. Alta hospitalar e a transição do cuidado para o domicílio: Ao término do tratamento médico proposto e finalizada as ações da equipe do programa de alta segura, será efetivada a alta hospitalar. Caberá à equipe multiprofissional a realização de um relatório de alta e um plano de cuidados pós alta hospitalar. Serão anexados as receitas, orientações e encaminhamentos realizados pelo médico internista.

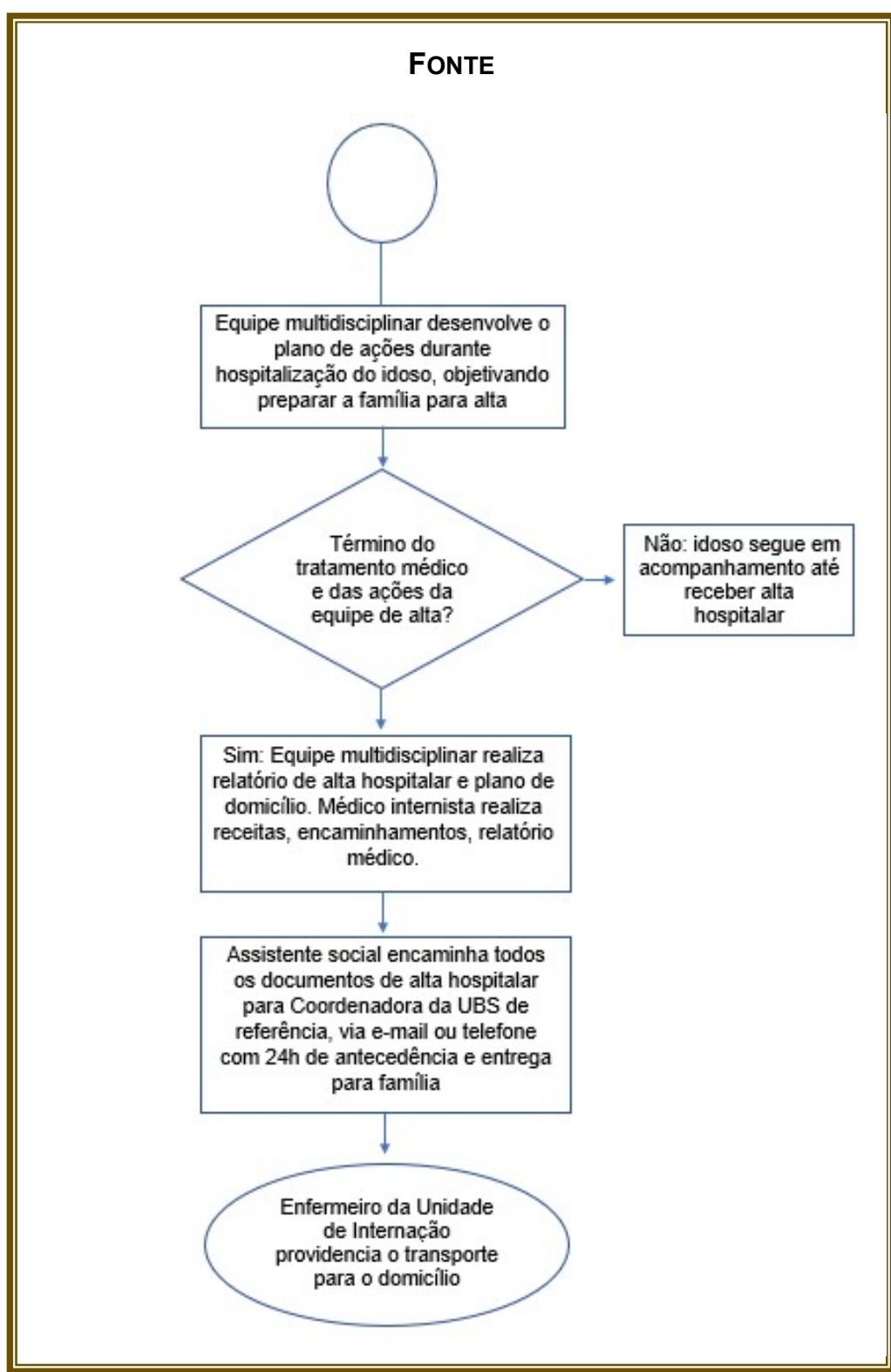
- 9.** Interlocução com Atenção Primária em Saúde: A assistente social encaminhará o relatório de alta e o plano de cuidados domiciliares para a coordenadora da UBS de referência do idoso via e-mail e/ou contato telefônico nos casos que exigirem. A comunicação com a APS acontecerá 24 horas antes do encaminhamento do idoso para o domicílio, possibilitando que a APS tenha tempo hábil para tomar conhecimento das necessidades do idoso e se organizem para atendê-lo. Ao cuidador principal do idoso será entregue o relatório de alta, o plano de cuidados domiciliares, a cartilha de orientações de cuidados e os documentos médicos de alta hospitalar.
  
- 10.** Transporte para o domicílio: Enfermeiro da unidade de internação providencia o transporte hospitalar para o domicílio, caso seja necessário.

## **□ REPRESENTAÇÃO GRÁFICA**

A Figura 1 apresenta o fluxograma de alta hospitalar segura para o idoso dependente, desenvolvido pela equipe multiprofissional hospitalar.

**FIGURA 1** - Fluxograma assistencial de alta hospitalar segura para o idoso dependente.





Fonte: próprio autor

## □ ROTEIRO DE ENTREVISTA

O roteiro de entrevista foi estruturado em uma perspectiva multidisciplinar, de forma a investigar e trazer informações relevantes, com vistas a preparar o paciente e seu cuidador para a alta hospitalar. No Quadro 2 apresentam-se os itens que compõem o roteiro de entrevista.

**QUADRO 2** - Itens que compõem o roteiro de entrevista do programa de alta hospitalar segura para idosos dependentes.

DOMÍNIO	ITEM
Dados de identificação do idoso	Nome, idade, data de nascimento
Dados antropométricos	Peso e Altura Estimada
Histórico de saúde	Comorbidades, alergias, medicações de uso contínuo, déficits físicos, uso de próteses e/ou órteses, histórico de reinternações e data da última internação hospitalar; se faz acompanhamento médico e onde
História da doença atual	Queixas e diagnóstico médico
Identificação de apoio da RAS e comunidade	UBS referência, Acompanhamento pelo SAD e ESF
Dados do Cuidador Principal	Identificação, escolaridade, vínculo com o idoso. Questões abertas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Como você tem se sentido em relação ao seu papel de cuidador?</li> <li>▶ Você conta com o auxílio de alguém para realizar os cuidados? Quem? Como essa (s) pessoa (s) te ajuda?</li> </ul>
Dados sobre os cuidados domiciliares	Quais são, como faz e as dificuldades enfrentadas
Estrutura domiciliar para o cuidado ao idoso	Cadeiras de banho e de rodas, colchão especial, cama hospitalar e outros
Uso de dispositivos médicos no domicílio	Cateteres, oxigenioterapia, ostomias, presença de lesões de pele
Necessidade de Intervenção	Síntese das intervenções que serão necessárias para cada Idoso incluído no programa

Fonte: próprio autor

## □ CARTILHA DE ORIENTAÇÕES DE ALTA

Na primeira etapa de desenvolvimento da cartilha, todos os participantes estavam presentes e, por consenso, definiram as temáticas a serem abordadas levando em consideração suas experiências profissionais no dia a dia de trabalho. Decidiram, também, dividir-se em grupos menores para desenvolverem os temas de acordo com a expertise de sua área de atuação. Na segunda etapa, os participantes reuniram-se em grupos menores, denominados de grupos satélites, e a redação dos temas foi desenvolvido de acordo com a literatura. Na terceira etapa, a cartilha foi elaborada e montada. A diagramação da cartilha foi realizada por uma das participantes do grupo que detinha as habilidades necessárias nessa área. Ao término, a pesquisadora principal enviou as cartilhas para todos os participantes, de modo a realizarem uma análise do material produzido. Na quarta etapa, os participantes se reuniram em grupo e a cartilha de orientações de alta para pessoa idosa e seu familiar cuidador foi validada, resultando em um produto técnico de material didático educativo e orientativo.

A cartilha de orientações de alta foi elaborada com 11 temas: “Medicações”, “Higiene Oral e Corporal”, “Alimentação Oral”, “Sonda Nasoenteral”, “Receitas para Dieta Enteral”, “Cateterismo Vesical de Demora”, “Curativos”, “Colostomia e Ileostomia”, “Benefício de Prestação Continuada”, “Procuração” e “Fraldas Geriátricas com Desconto na Farmácia Popular”, conforme podemos visualizar na Figura 2.

**FIGURA 2 - Ilustração representativa da Cartilha Educativa do Programa de Alta Segura do Idoso Dependente.**

### ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES

**1-Manter os medicamentos em locais arejados, longe de calor e umidade. Medicamentos que precisam ser refrigerados não devem ficar próximo ao congelador ou na porta da geladeira, como a insulina.**

**2-Não usar medicamentos vencidos.**

**3-Materiais e medicamentos usados para curativos, como pomadas, gases soro fisiológico, ataduras devem ser separados dos demais medicamentos e guardados em uma caixa com tampa.**

**4-Deixe a receita médica sempre perto dos medicamentos, se houver alguma dúvida fica fácil consultar.**

**5-Não mude as doses dos medicamentos ou pare de tomar por conta própria sem a orientação médica.**

**6- Ao preparar os medicamentos esteja sempre em local com claridade e se preciso acenda a luz, evitando trocas dos medicamentos.**

### CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL

**Lavar as mãos antes e depois da realização da higiene bucal**

**Higienizar a cavidade oral com gaze umedecida com enxaguante bucal sem álcool (clorexidine 0,1 ou 0,2%) ao menos 3x ao dia ou após as refeições (mesmo se não tiver dentes).**

**Pode-se usar espátula com gaze nos casos de pacientes com dentição e risco de mordidas.**

**Em caso de uso de prótese dentária total ou parcial, é preciso retirá-la e realizar a limpeza com escova e creme dental.**

**Na escovação utilizar escova macia ou extra macia para evitar lesões na mucosa bucal. Trocar a escova dental a cada 3 meses.**

### CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

#### ORIENTAÇÕES GERAIS- BANHO NO LEITO (CAMA)

- Se possível realizar o banho em 2 pessoas, para melhorar a segurança.
- Atenção para não retirar as sondas durante as movimentações.
- É muito importante avaliar a pele e também massagear bem o corpo durante o banho para melhorar a circulação sanguínea. Fazer movimentos firmes, mas suaves. Se possível movimentar as articulações.
- Não usar buchas ou esponjas, pois reduzem a proteção da pele, aumentam o ressecamento e o risco de alergias. Dê preferência para tecidos macios que não agriçam a pele.
- Usar sabonetes neutros (glicerizados), líquidos de preferência e sem perfumes.
- Secar a pele suavemente após o banho ou higiene, pois a pele do idoso é frágil e fricção pode gerar manchas roxas e lesões na pele.

- Hidratar diariamente a pele do corpo com cremes, de preferência sem cheiro.
- Evitar molhar os curativos durante a higienização do paciente. Faça os curativos após o banho utilizando a técnica correta.
- Evitar banhos muito quentes. Observar a temperatura do ambiente, evitando correntes de ar.
- Cuidar da privacidade utilizando o lençol como apoio para não descobrir por completo o corpo, e ao mesmo tempo protegendo do frio.
- O banho também é um momento de contato emocional importante, converse com o idoso sempre.
- Estimule a autonomia do idoso sempre que for possível.

### CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO ORAL

#### CUIDADOR:

- O cuidador deve sempre lavar as mãos antes de oferecer o alimento ao idoso;
- Manter as unhas limpas e cortadas;
- Manter os cabelos presos ao preparar e administrar a dieta.

#### CUIDADOS AO ADMINISTRAR A DIETA VIA ORAL:

- Preparar o local onde será servido a alimentação
- Evitar locais com barulho, televisão e rádio ligados
- Conferir a temperatura do alimento antes de oferecer ao idoso
- Acomodar o idoso de modo que fique confortável
- O posicionamento do idoso deve ser 45 graus. Nunca servir a dieta com o idoso deitado
- Servir o alimento devagar, respeitando o tempo de mastigação e deglutição
- Oferecer sempre pequenas porções
- Oferecer alimentos bem cozidos e macios. Exemplos: arroz bem cozido, caldo de feijão, carne moída ou desfiada, purês, legumes bem cozidos.
- Caso o idoso apresentar dificuldade para engolir ou risco de engasgo, oferecer dieta pastosa como purês, cremes e alimentos batidos/liquidificados;

### CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL

#### O QUE É NUTRIÇÃO ENTERAL?

É a alimentação pela sonda quando a pessoa não pode ou não consegue alimentar-se pela boca em quantidade suficiente.

#### O QUE É SONDA NASOENTERAL?

É um tubo fino, macio e flexível que é colocado pelo nariz e vai até o intestino. A sonda leva a dieta diretamente para o intestino.



#### CUIDADOS COM A FIXAÇÃO DA SONDA NASOENTERAL

- Trocar diariamente a fixação da sonda (micropore), de preferência após o banho e sempre que estiver sujo ou descolado;
- Retirar a fixação antiga;
- Limpar a pele com água e sabonete neutro;
- Secar bem o nariz;
- Fixar a sonda de modo a não ficar dobrada e nem puxar a narina;
- Manter a sonda fixada na marcação indicada.



ILUSTRAÇÃO: COMO CORTAR O MICROPORE PARA A FIXAÇÃO DA SONDA.

### Receitas

#### SOPA

##### Ingredientes

- ½ copo de arroz ou 1 batata/mandioca salsa/batata doce.
- 2 porções de carne do tamanho da palma da mão - 100g (fígado de boi, frango, patinho moído, músculo, 2 ovos cozidos - escolher 1 tipo por vez).
- 2 conchas de grãos (feijão).
- Legumes e verduras da época: cenoura abobrinha, chuchu, abóbora, beterraba, tomate, folhas verde escuro ou que tiver em casa disponível.
- 2 colheres de sopa de azeite de oliva.
- Alho e cebola.

##### Modo de preparo

- Cozinhar tudo na panela de pressão, depois que esfriar bater no liquidificador e coar. O volume final da sopa deverá ser de 1000 ml aproximadamente. Olhar a medida do copo de liquidificador. Se precisar aumentar o volume, adicionar mais caldo do feijão cozido e bater novamente.
- A sopa poderá ser preparada 1x ao dia, com volume final de aproximadamente 1000 ml, dividir em 3 potes, podendo aumentar ou diminuir conforme a tolerância do paciente.
- Armazenar dentro da geladeira, retirar meia hora antes de administrar. Não oferecer gelado ou quente.

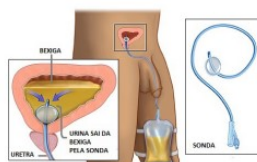
**CUIDADO COM A CONSISTÊNCIA, SEMPRE PASSAR PELA PENEIRA!**

### CUIDADOS COM O CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

#### O QUE É CATETERISMO VESICAL DE DEMORA?

É um procedimento que é colocado uma sonda de silicone no canal da urina até a bexiga para retirar a urina. A sonda é conectada a uma bolsa coletora e a bexiga é esvaziada de maneira contínua.

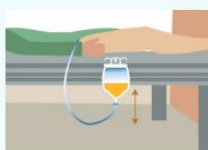
É utilizado quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente, controlar a saída da urina ou no pós operatório de algumas cirurgias.



#### CUIDADOS COM A SONDA

Para prevenir complicações como infecções, sangramentos e feridas é importante que tenha os seguintes cuidados:

- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de mexer na sonda;
- Limpar ao redor da sonda com água e sabão para evitar acúmulo de secreções. Seque cuidadosamente e tome cuidado para não puxar a sonda;
- Manter a bolsa coletora sempre abaixo da altura da cintura, do nível da cama ou do assento da cadeira. Isso evita que a urina retorne para a bexiga. Não encostar no chão;



### CUIDADOS COM CURATIVOS

#### O QUE VOU PRECISAR?

- Luvas
- Gazes
- Soro Fisiológico
- Micropore
- Agulha 40x12 mm (ou outra agulha grossa)

#### COMO FAZER?

Lavar as mãos antes da realização do curativo.



Após removido o curativo, limpar delicadamente a ferida com soro fisiológico. Se houver pomada/gel aderidos, molhar bem uma gaze com soro fisiológico e remover a pomada/gel delicadamente. Lavar novamente a ferida irrigando com soro fisiológico.

Calçar as luvas.



Após a limpeza, secar delicadamente as bordas da ferida com gazes.

Fazer um furo no frasco do soro fisiológico com agulha grossa.



Aplicar AGE/Dersani ou o produto indicado pelo médico ou enfermeiro diretamente na lesão.

Remover delicadamente as fitas de micropore que estão aderidas à pele.



Cobrir a lesão com gazes e fixar com micropore por 2cm a mais da borda da lesão.

Remover o curativo irrigando com soro fisiológico.



Retirar as luvas e lavar as mãos novamente.

## CUIDADOS COM A COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

### O QUE É COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA?

É uma cirurgia para construção de um novo trajeto para saída de fezes. Quando é realizada no intestino grosso, chamamos de COLOSTOMIA e no intestino delgado (fino), chamamos de ILEOSTOMIA.

*Dependendo do lugar onde é feita, a frequência de evacuações e a consistência das fezes ficam diferentes*



### CUIDADOS COM COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

#### BANHO

Não é necessário retirar a bolsa para tomar banho. Se preferir, proteja o coletor com um plástico e fita adesiva durante o banho, isto vai garantir maior durabilidade do coletor.

#### FREQUÊNCIA DE ESVAZIAMENTO

Sempre que necessário, conforme a necessidade do paciente. Pode usar pequena quantidade de água sem pressão para lavar. Não esqueça de fechar a bolsa com clamp após o esvaziamento.

É necessário esvaziar constantemente para que ele não fique pesado e descole da pele.

## PROCURAÇÃO

É um documento escrito, em que uma pessoa dá autorização formal para que outra pessoa seja sua representante em um ou mais atos. O procurador, que agirá em nome de quem conferiu a procuração, também é chamado de outorgado, enquanto o representado também se denomina outorgante.

### COMO REQUERER:

#### PROVA DE VIDA

A prova de vida é o principal mecanismo utilizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para evitar fraudes no recebimento de benefícios previdenciários.

O INSS oferece diversas formas para aposentados e pensionistas comprovarem que estão vivos e evitem o bloqueio de pagamentos, inclusive para quem está impossibilitado de se locomover por motivos de saúde.

#### 1. APLICATIVO

Os beneficiários que têm biometria facial cadastrada no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) ou no Departamento de Trânsito (Detran) podem fazer a prova de vida pelo aplicativo Meu INSS. A prova de vida pelo aplicativo pode ser baixado pela Play Store ou App Store. Clientes do Banco do Brasil também podem fazer a comprovação no programa da instituição financeira.



#### 2. PROVA DE VIDA PRESENCIAL

A forma mais comum de se realizar a prova de vida é presencialmente no banco em que o beneficiário recebe o benefício, usando o caixa eletrônico por meio do registro biométrico. A Caixa Econômica Federal, o Bradesco e o Itaú Unibanco aceitam qualquer transação com biometria como prova de vida.

Se o aposentado ou pensionista não tiver a biometria cadastrada, a orientação do INSS é que procurem uma agência bancária responsável pelo recebimento do benefício. Caso não consigam ir ao banco, devem agendar um atendimento pelo número 135 em uma unidade do INSS.



## BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

Previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade.

### REQUISITOS

O brasileiro, nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que comprovem residência no Brasil.

A renda por pessoa do grupo familiar deve ser igual ou menor que 1/3 do salário mínimo, podendo receber o benefício:

- Pessoa idosa, com idade de 65 anos ou mais.
- Pessoa com deficiência, de qualquer idade: condição que apresenta impedimentos de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, podem dificultar ou impedir a participação plena e efetiva de uma pessoa na sociedade em igualdade de condições com as demais.

O BPC não é aposentadoria. Para ter direito a ele, não é preciso ter contribuído para o INSS. Diferente dos benefícios previdenciários, o BPC não paga 13º salário e não deixa pensão por morte.

### COMO SOLICITAR

O primeiro passo é a inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, o CadÚnico. Para realizar o processo, basta procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou uma Secretaria de Assistência Social para esclarecer dúvidas sobre os critérios de acesso ao benefício e sobre sua renda familiar, além de receber orientação sobre cadastramento e como solicitar o BPC.

Todas as pessoas da família devem estar inscritas no Cadastro Único e ter CPF, inclusive crianças e adolescentes; apresentar documentos de todos da família, comprovante de endereço.

O requerimento pode ser realizado nas Agências da Previdência Social (APS) ou por meio dos canais de atendimento do INSS: pelo telefone 135 (ligação gratuita de telefone fixo) ou pelo site ou aplicativo de celular "Meu INSS".



## FRALDAS GERIÁTRICAS COM DESCONTO NA FARMÁCIA POPULAR



### Quem tem direito?

Cidadãos brasileiros a partir de 60 anos de idade ou pessoas portadoras de necessidades especiais ou enfermidade que exija o uso da fralda.

### Documentos necessários

- Receita médica indicando tamanho e quantidade diária.
  - Instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma.
  - RG e CPF do paciente e do representante legal.
  - Constar a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).
- Para idosos, só é necessário apresentar documento de identificação
- Comprovante de endereço.
  - São limitadas 120 fraldas por mês.



**A FRALDA NÃO É GRATUITA. É ENCONTRADA COM ATÉ 90% DE DESCONTO NAS FARMÁCIAS POPULARES.**



### 3.4 DISCUSSÃO

O problema central para o desenvolvimento desta pesquisa, foi a descontinuidade dos cuidados ao idoso dependente após a alta hospitalar e o provável impacto sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, além da sobrecarga do sistema hospitalar, em um contexto de uma população que envelhece.

Este estudo evidenciou que um plano de ações definido em acordo com as necessidades da pessoa idosa e sua família, potencializa as tomadas de decisões da equipe multiprofissional e minimiza os riscos de agravos a saúde do idoso, tornando o seu processo de transição hospital-domicílio mais seguro.

Nesse sentido, estudos apontam que as estratégias que qualificam a transição de cuidado hospital-domicílio devem incluir o planejamento da alta com foco interdisciplinar, a educação em saúde com inserção do familiar/cuidador e a comunicação efetiva entre a RAS (Costa *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2018; Menezes *et al.*, 2019).

Em revisão sistemática realizada na Irlanda, identificaram-se as intervenções mais eficazes para promover a alta precoce e evitar reinternações: a integração entre o hospital e a comunidade, prestação de serviços multidisciplinares, individualização dos serviços, planejamento de alta iniciado no hospital e acompanhamento especializado (Coffey, 2019).

Os autores Belga, Jorge e Silva (2022) relatam, também, a necessidade de incorporar o conceito da integralidade do cuidado na RAS, com vistas a continuidade do cuidado, porém, ressaltam que ainda predominam nas práticas do trabalho em saúde ações fragmentadas e desarticuladas.

Nesse estudo, a construção do plano de ações com abordagem multiprofissional buscou romper com a fragmentação das práticas assistências ainda pautadas no modelo biomédico de saúde e incorporar práticas integrais.

Dentre os instrumentos desenvolvidos pelos profissionais que participaram do estudo, o roteiro de entrevista pressupõe uma avaliação da

condição de saúde do idoso, assim como de seu contexto de cuidado, buscando o entendimento integral do idoso e o delineamento de ações coerentes com a sua realidade.

Em geral os serviços de saúde não diferenciam as avaliações de pessoas adultas das pessoas idosas, deixando assim muitas vezes de avaliar e direcionar a assistência prestada as demandas específicas que o envelhecimento provoca.

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa está explicitada nas diretrizes da PNSPI, onde determina que a prática de cuidados deve estar amparada em uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional e a saúde do idoso é influenciada pela interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, destacando a importância do ambiente no qual o idoso está inserido e a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades (Brasil, 2006).

O fluxograma apresentado neste estudo, consiste em uma representação gráfica do plano de ações estabelecido e, pretende nortear as ações da equipe multiprofissional no âmbito hospitalar, a fim de obter maior segurança no processo de transição do idoso dependente do hospital-domicílio. Para *Silva et al.* (2020 b) o fluxograma, como ferramenta de gestão, torna-se um importante suporte às tomadas de decisões, uma vez que segue um fluxo único ou caminho único de ações.

Em outro estudo, que desenvolveu um protocolo de organização de fluxo nos serviços de Atenção Domiciliar (AD) para crianças com necessidades especiais em saúde, os autores concluíram que o protocolo com fluxograma normativo permite organizar o processo de trabalho (Rossetto; Tosso; Rodrigues, 2020).

A cartilha de orientação de alta foi elaborada pelo grupo participante ao identificarem a necessidade de um material informativo e educativo para compor as ações. Como ferramenta de educação em saúde, a cartilha se agregou para fortalecer todo o processo de transição de cuidado do

idoso dependente. As informações contempladas na cartilha têm a finalidade de informar e orientar o cuidador/família do idoso com dependência, tentando qualificar o cuidado exercido no âmbito domiciliar e, conseqüentemente, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o idoso e mais segurança para quem exerce o cuidado. Enquanto tecnologia educacional, constitui-se em importante material adicional no processo de cuidar continuado de idosos dependentes, sendo um instrumento usado para prover informação acerca dos cuidados e orientações.

Corroborando com esse resultado, Rocha *et al.* (2019) afirma que a produção de cartilhas educativas, como uma tecnologia da informação, contribui com o processo educativo, proporcionando a melhoria na adesão voltada aos cuidados a serem oferecidos e a qualidade de vida do paciente e, também, amenizar momentos angustiantes de insegurança e incerteza ao cuidador.

De acordo com Silva *et al.* (2022), a cartilha educativa pode auxiliar os cuidadores nos cuidados realizados em domicílio e, também, contribui para o planejamento e orientações para alta hospitalar, por parte dos profissionais.

O desenvolvimento de cartilhas é considerado uma evolução para as atividades de educação em saúde, pois é uma tecnologia que poderá contribuir para o processo ensino-aprendizagem, além de ser um guia prático para uso domiciliar (Diniz *et al.*, 2022).

A sistematização de ações bem delineadas coletivamente, como ferramenta de gestão, tem grande potencial para promover uma assistência de qualidade e oportunizar uma transição de cuidado saudável e integral ao idoso dependente, além de trazer maior segurança aos profissionais.

Neste estudo, os instrumentos construídos são importantes recursos de gestão do cuidado, uma vez que norteiam todo processo de tomada de decisões que envolve a pessoa idosa dependente em seu processo de transição de cuidado do hospital para o domicílio. Esses instrumentos idealizados

e construídos por profissionais da saúde que vivenciam diretamente os desafios assistenciais, a partir de um processo coletivo com compartilhamento dos saberes, são potenciais transformadores da realidade.

De acordo com Paniagua (2018), os instrumentos desenhados ao longo de um processo de investigação-ação visam garantir a transição segura hospital-comunidade, que só é possível com a definição de critérios para a continuidade de cuidados, associados à condição clínica; capacitação e motivação da pessoa, bem como associados ao familiar cuidador.

Os resultados alcançados nesta pesquisa, corroboram com a PNSPI que orienta a implementação de ações voltadas para redução de hospitalizações da pessoa idosa no Brasil e denota, também, a responsabilidade do profissional de saúde em promover a qualidade de vida da pessoa idosa, preservando a sua autonomia e independência funcional, o que deve ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006).

Em decorrência do contexto sanitário no momento deste estudo, não foi possível envolver na produção dos materiais os profissionais da APS e nem pessoas idosas e seus familiares. Assim, novas etapas de pesquisa serão implementadas com estes participantes.

Ressalta-se que este estudo se realizou em um contexto específico, porém as ferramentas foram desenvolvidas conforme às necessidades de uma realidade de saúde que é identificada em toda a RAS. Assim, almeja-se que este estudo sirva de contributo para futuras investigações através de estudos de intervenção com a utilização do protocolo e que instrumentalize os profissionais de saúde e as instituições, proporcionando-lhes suporte para a realização de uma assistência qualificada, em especial ao idoso dependente de cuidados e sua família.

### **3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O plano de ações e o fluxograma, o roteiro de entrevista e a cartilha de orientações foram os instrumentos desenvolvidos por uma equipe multiprofissional hospitalar, para compor um Programa de Alta Segura para a pessoa idosa dependente de cuidados.

O processo de desenvolvimento destes instrumentos, por meio da pesquisa ação, foi fundamental para estruturar o Programa de Alta Segura sob uma perspectiva multidisciplinar, com foco na integralidade da pessoa idosa e pautado na realidade factível de trabalho. Destaca-se a importância destes profissionais apresentarem experiência no atendimento ao idoso dependente hospitalizado, o que garante que as ações delineadas sejam voltadas aos idosos e seus familiares no contexto que estão inseridos.

Esses instrumentos fornecem subsídios para o fortalecimento da transição segura do idoso dependente hospitalizado para o domicílio, de forma sistemática, corrobora com a equipe multiprofissional nas tomadas de decisões, organiza o processo de trabalho e aprimora os recursos já existentes, contribuindo com evidências para a discussão de novas práticas direcionadas a população idosa dependente de cuidados e seus familiares.

Os frutos da pesquisa-ação desenvolvida demonstram que as diretrizes e proposições das políticas públicas precisam que a academia e a rede de assistência à saúde se unam em estudos de intervenção que viabilizem planejamento e implementação de ações nos contextos reais que concretizem o cuidado integral definido teoricamente em documentos e almejado por profissionais e usuários.

Os resultados aqui apresentados reforçam a possibilidade de que trabalhos conjuntos entre pesquisadores e profissionais de saúde podem gerar frutos construídos coletivamente e que têm o potencial de influenciar e organizar o processo de trabalho com impacto na assistência em saúde e resultado positivo para a recuperação da pessoa idosa no período de transição pós alta hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. D. M. *Elaboração de materiais educativos*. São Paulo: USP, 2017. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4412041/mod\\_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4412041/mod_resource/content/1/ELABORA%C3%87%C3%83O%20MATERIAL%20EDUCATIVO.pdf). Acesso em: 27 ago. 2023.
- ANTONIO, C. H. **Avaliação do perfil de risco para ocorrência de delirium em idosos admitidos em hospital público**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.
- BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saude e Debate**, Londrina, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n133/551-570/>. Acesso em: 07 set. 2023.
- BILLET, M. C. *et al.* Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 43-48, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>. Acesso em: 21 jun. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 22 nov. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 07 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 07 set. 2023.

COFFEY, A. *et al.* Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital Re)Admission: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 14, p. 2457, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/14/2457> . Acesso em: 6 ago. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e2020187, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187> . Acesso em: 22 jun. 2023.

DINIZ, I. V. *et al.* Cartilha para pessoas com colostomia em uso de ocluser: educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, p. e20210102, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vMh8pvGGJ5Nw6hr6fMTBkZP/?lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/>. Acesso em: 21 jun. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características gerais dos moradores 2012-2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101377> . Acesso em: 07 set. 2023.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=pt> Acesso em: 06 ago. 2023.

MACHADO, R. **Como fazer plano de ação 5W2H e modelo de exemplo em planilha**. 2009. Disponível em: <https://www.doceshop.com.br.blog/como-fazer-plano-de-ação-5w2h-e-modelo-de-exemplo-em-planilha>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MENEZES, T. M. O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 307-315, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-028>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MINAYO, M. C. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Plano de ação para a saúde da população idosa**. Washington: OPAS, 2019. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) . Acesso em: 09 set. 2023.

PANIAGUA, D. V. *et al.* Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2396-2403. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntVBbrZhHGcbY9xDFDRCK4j/abstract/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 07 set. 2023.

ROCHA, E. M. *et al.* Cuidados Paliativos: cartilha educativa para cuidadores de pacientes oncológicos Educational. **Clinical and Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 40-57, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/85741/pdf>. Acesso em: 07 set. 2023

ROSSETTO, V.; TOSO, B. R. G. O.; RODRIGUES, R. M. Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. 20190310, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZkpX6SQFhTTzhDBTMTySh4j/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2023.

SANTOS, N. O. *et al.* Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20180894, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yPvHfQD8hNW7jncmQjSRKXy/?lang=pt&format=html> . Acesso em: Acesso em: 07 de set. 2023.

SILVA, F. R. R. *et al.* Construção e validação de cartilha para cuidados paliativos domiciliares após a alta hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. eAape028112, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jkPwcfF9jW56FpFSmZrpjJ/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2023

SILVA, R. A. E. *et al.* Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, p. e20200474, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjBhmmvtLjqfYYPyYXTCvjM/?lang=pt&format=html> . Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVA, V. B. S. *et al.* Construção coletiva de um fluxograma para acompanhamento das gestantes com sífilis no município de São José-SC. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e65361, 2020b. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v25/en\\_1414-8536-ce-25-e65361.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v25/en_1414-8536-ce-25-e65361.pdf). Acesso em: 06 ago. 2023.

TAVARES, J. P. A.; NUNES, L.; GRÁCIO, J. C. G. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-America de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 29, p. e3399, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399.ano>. Acesso em: 21 jun. 2023.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

# Considerações Finais

Esta pesquisa iniciou-se com o desejo de contribuir com a qualificação do processo de transição do cuidado da pessoa idosa hospitalizada para o domicílio. Frente às inquietações, pretendeu-se desvelar a problemática que envolvia esse tema e construir de forma participativa um processo de alta hospitalar que garantisse a segurança do idoso e sua família.

O planejamento e a implementação da transição do cuidado do idoso dependente do hospital para o domicílio ocorrem de maneira ineficiente. Para qualificar o processo de transição de cuidado hospital-domicílio, é necessária a participação dos profissionais envolvidos, desenvolvendo instrumentos que fortaleçam a equipe de saúde hospitalar nas tomadas de decisões, de acordo com sua realidade de trabalho. Os instrumentos desenhados ao longo do processo de investigação-ação visam garantir a transição segura do idoso dependente e a continuidade de cuidados.

Nesta vivência participativa, ocorreram muitas idas e vindas no processo coletivo empreendido desde as entrevistas individuais, a constituição do grupo de participantes, a dinâmica utilizada em cada reunião, a identificação dos problemas, as hipóteses levantadas e, por fim, as ações desenvolvidas como alternativas de solução do problema.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, há o reconhecimento da ausência de uma organização da rede de atenção à saúde para o atendimento da pessoa idosa que recebe alta hospitalar com necessidades de manutenção dos cuidados no domicílio. No que se refere ao âmbito hospitalar, o planejamento e a execução da transição do cuidado do idoso dependente ocorrem de maneira ineficiente. Intervenções podem ser implementadas de forma a minimizar a descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar, proporcionando segurança ao idoso e sua família. Dentre as intervenções elencadas pelos participantes, destacam-se a integração dos serviços de saúde por meio de uma comunicação efetiva; a importância do planejamento de alta multiprofissional; a inclusão do familiar no processo do cuidar, e a educação em saúde.

Quanto ao processo participativo dos grupos, acredita-se que a

Pesquisa-Ação proporcionou um aprendizado contínuo para todos os envolvidos, principalmente, pela riqueza das reflexões que foram vivenciadas, a troca de saberes e experiências. Ademais, o desenvolvimento das oficinas na forma de rodas de conversa, revelou-se como uma estratégia de educação permanente em saúde que culminou com a elaboração de um Programa de Alta Segura para pessoas idosas dependentes. Os instrumentos idealizados e desenvolvidos pela equipe multiprofissional, que constituíram o Programa de Alta Segura, qualificam a transição do cuidado hospital-domicílio do idoso dependente e instrumentalizam a equipe de saúde hospitalar nas tomadas de decisões relativas à alta do idoso dependente de cuidados.

O processo de educação permanente vinculado ao método da pesquisa ação permite uma construção conjunta e uma integração entre o serviço e a academia que dá ainda mais profundidade científica e ligação com a realidade, na solução de problemas.

Desse modo, a presente investigação possibilita aos gestores de saúde o direcionamento de ações que fortaleçam a segurança da saúde do idoso dependente, minimizando as reinternações, os custos em saúde e qualificando a assistência na transição do cuidado hospital-domicílio. Para tanto, o processo assistencial deve ser qualificado, integral e apoiado em barreiras de segurança, devendo iniciar desde a entrada no hospital, continuando durante o processo de internação hospitalar e sendo estendido após a alta para o domicílio, por meio da integração entre os níveis assistenciais, com o cuidado longitudinalmente centrado nas necessidades da pessoa idosa.

# Referências

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). New York: AGS, 2018. Disponível em: <https://www.americangeriatrics.org>. Acesso em 10 set 2023. Acesso em: 05 set. 2023.

ANTONIO, C. H. **Avaliação do perfil de risco para ocorrência de *delirium* em idosos admitidos em hospital público**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

AUED, G. K. *et al.* Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 27, e3162. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162.month>. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 07 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm#:~:text=1%C2%BA%20A%20pol%C3%ADtica%20nacional%20do,de%20sessenta%20anos%20de%20idade](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm#:~:text=1%C2%BA%20A%20pol%C3%ADtica%20nacional%20do,de%20sessenta%20anos%20de%20idade). Acesso em: 07 de set. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm#:~:text=D1948&text=DECRETO%20N%C2%BA%201.948%2C%20DE%203%20DE%20JULHO%20DE%201996.&text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%B0,Idoso%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm#:~:text=D1948&text=DECRETO%20N%C2%BA%201.948%2C%20DE%203%20DE%20JULHO%20DE%201996.&text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%B0,Idoso%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 22 de nov. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Diário Oficial da União, 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 22 de nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 22 de nov. 2022.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em: 22 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 07 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 07 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 22 set. 2023.
- BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saude e Debate**, Londrina, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n133/551-570/>. Acesso em: 07 set. 2023.
- BERNARDINO, E. *et al.* Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20200435. 2022. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/jrPCm5ktvgDrkf3cKhFkH7R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BILLET, M. C. *et al.* Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 43-48, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0781>. Acesso em: 21 jun. 2023.

CARVALHO, T. C. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbv3FzBx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CARVALHO, M. B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal: o planejamento da alta em serviço social. **Katálisis**. v. 17, n. 2, p. 261-271, 2014. **Disponível em:**

<https://www.scielo.br/j/rk/a/VWLGnQfY5n3ZQwRp6rs7CWC/?lang=pt>. Acesso em 16 set 2023.

CECCON, R. F. *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 17-26. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjLJcbQ6YzPQNWhBXmsWCVs/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 21 jun. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. e20180332, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkkpqY6C6C5vXkjd7bdgndc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

DATASUS. Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em Acesso em: 21 jun. 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/>. Acesso em: 21 jun. 2023.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20210030, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Acesso em: 20 jun. 2023.

GIRBAU, N. P; BLANCH, M. L. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT / Care protocol ENLACE-PREALT. **Metas enfermagem** . v.1, n.6, p. 61-65, 2011.

**Disponível em:** <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-94493> Acesso em 10 set 2023.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características gerais dos moradores 2012-2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/17270-pnad-continua.html?edicao=34420&t=destaques>. Acesso em: 21 jun. 2023.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características gerais dos moradores 2012-2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101377>. Acesso em: 07 set. 2023.
- LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/sKhXDFVJpRQKZmpQDCMXtvc/?lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2023.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Saúde de Londrina. **Resolução nº 10/2017**. Aprova o Plano Municipal de Saúde do Município de Londrina 2018-2021. Londrina: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: [https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho\\_de\\_Sa%C3%BAde/Legisla%C3%A7%C3%A3o\\_CMS/plano\\_municipal\\_2018\\_2021.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/Conselho_de_Sa%C3%BAde/Legisla%C3%A7%C3%A3o_CMS/plano_municipal_2018_2021.pdf). Acesso em: 10 set. 2023.
- MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. [Entrevista concedida a] Carmen Cecília de Campos Lavras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- MENEZES, T. M. O. *et al.* Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 72, p. 307-315, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-028>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 137-146, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8BbYnbBswyVxf7cMNQWXkR/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2023.
- MINAYO, M. C. S. O imperativo de cuidar de pessoa idosa dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSXrJQFydp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Plano de ação para a saúde da população idosa**. Washington: OPAS, 2019. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52968/9789275722756_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 09 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). World Population Prospects 2022: Highlights. Nova York: ONU. 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/Probabilistic/PopPerc/65plus/76>. Acesso em: 21 jun.2023.

PASSOS, V. M. A. *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, London, v. 18. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3>. Acesso em: 21 jun. 2023.

PETROCINI, K. R. *et al.* Ações em saúde propostas em programas de transição do cuidado para idosos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 3, p. e001312201, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26591>. Acesso em: 22 jul. 2023.

POLISAITIS, A.; MALIK, A. M. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Tempus**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 105-122. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v13i2.2657>. Acesso em: 21 jun. 2023.

TAVARES, J. P. A.; NUNES, L.; GRÁCIO, J. C. G. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-America de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 29, p. e3399, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399.ano>. Acesso em: 21 jun. 2023.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, K. R. B. O *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no context do Sistema Unico de Saúde. **Physis Revista Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1. 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/QjLJcbQ6YzPQNWhBXmsWCVs/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 21 jun. 2023.

World Health Organization (WHO). **Towards a common language for functioning, disability and health: ICF** Geneva: World Health Organization; 2001.

# Apêndices

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES

#### IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Idoso com dependência funcional: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação**”. O objetivo da pesquisa é “Analisar o processo de criação e implementação de ações para o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência funcional, na transição hospital-domicílio”. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio de entrevista semi estruturada. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a construção de estratégias e ações que aprimorem a assistência ao idoso, na transição hospital-domicílio. Quanto aos riscos, caso os profissionais envolvidos sintam-se preocupados, ansiosos ou incomodados com os temas abordados será assegurado que juntos buscaremos alternativas de ações para minimizar os problemas.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, **Paula Graziela Pedrão Soares Perales. Endereço: Rua Amador Bueno, 378, apto 502. Celular: (43) 99161-75-12** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Pesquisador Responsável:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_,  
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa,  
concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

#### IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**Idoso com dependência funcional: qualificando a assistência na transição hospital-domicílio por meio da pesquisa-ação**”. O objetivo da pesquisa é “Analisar o processo de criação e implementação de ações para o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência funcional, na transição hospital-domicílio”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: por meio de entrevista semi estruturada e, sobretudo integrando os grupos participantes do estudo que irão discutir, refletir, elaborar e implementar ações que qualifiquem a assistência ao idoso na transição hospital-domicílio. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são a construção de estratégias e ações que aprimorem a assistência ao idoso, na transição hospital-domicílio. Quanto aos riscos, caso os profissionais envolvidos sintam-se preocupados, ansiosos ou incomodados com os temas abordados na discussão será assegurado que juntos buscaremos alternativas de ações para minimizar os problemas, além disso, asseguraremos que os relatos de problemas estruturais serão transmitidos aos Gestores para ciência, com total sigilo e anonimato do participante relator.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar, **Paula Graziela Pedrão Soares Perales. Endereço: Rua Amador Bueno, 378, apto 502. Celular: (43) 99161-75-12** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Pesquisador Responsável**

RG: \_\_\_\_\_

Eu

\_\_\_\_\_  
(NOME POR EXTENSO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 1- Dados sociodemográficos

1. Qual o seu sexo (gênero)?

Feminino       Masculino

2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

#### 2 – Dados ocupacionais

1. Qual a sua formação? \_\_\_\_\_

2. Quanto tempo tem de formada? \_\_\_\_\_

3. Tem alguma formação complementar? \_\_\_\_\_

4. Qual sua categoria profissional? \_\_\_\_\_

5. Qual sua carga horária semanal de trabalho? \_\_\_\_\_

6. Há quanto tempo exerce a profissão \_\_\_\_\_

7. Tempo de trabalho no Hospital Zona Sul? \_\_\_\_\_

8. Tempo de experiência de trabalho com a pessoa idosa? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

- 1- Quais as principais situações vivenciadas por você no atendimento ao idoso com dependência que necessitará de acompanhamento no domicílio após a alta hospitalar?
- 2- Qual a sua percepção sobre a assistência realizada pela atenção primária em saúde ao idoso dependente após receber alta hospitalar?
- 3- Considerando os idosos dependentes que recebem alta, como as condições de assistência da Atenção primária impactam nos serviços hospitalares?
- 4- Qual a sua percepção sobre a assistência e os procedimentos realizados pelo hospital para o idoso com dependência, na vigência da alta hospitalar para o domicílio? Ele atende às necessidades desse idoso?
- 5- Na sua percepção qual a responsabilidade do hospital em relação ao idoso que necessita de cuidados após receber alta hospitalar?
- 6- Quando o idoso necessita de acompanhamento de uma equipe de saúde após a alta hospitalar, quais ações são realizadas pelo hospital para facilitar este atendimento no domicílio?
- 7- Como o processo de alta hospitalar pode contribuir para uma melhor assistência ao idoso quando retorna ao domicílio?
- 8- Quais os principais desafios percebidos por você no atendimento ao idoso que necessita de acompanhamento após a alta hospitalar?
- 9- Quais sugestões você teria para aprimorar a assistência prestada ao idoso que recebe alta hospitalar e que necessitam de cuidados especiais no domicílio?

## **APÊNDICE E**

### **CASO CLÍNICO APRESENTADO AO GRUPO PARTICIPANTE PARA REFLEXÃO SOBRE O FLUXOGRAMA DE ALTA HOSPITALAR VIGENTE**

Manoel, 77 anos, masculino, aposentado. Possui como antecedentes tabagismo, HAS e DM II (uso irregular de Losartana e Metformina).

Trazido por familiares ao setor de emergência do HZS com queixa de um quadro de fraqueza do lado direito do corpo e dificuldade para falar. Esse quadro iniciou-se há cerca de 2 dias do momento da admissão.

Após os procedimentos médicos necessários e realização de exames complementares, estabeleceu-se o diagnóstico médico de AVC isquêmico. Paciente é internado em leito de enfermaria e iniciado tratamento medicamentoso, cuidados, terapia nutricional, fisioterapia.

No 3º dia de internação evolui com tosse produtiva, rebaixamento do nível de consciência e febre. Constata-se uma pneumonia hospitalar e a terapia medicamentosa (antibiótico) é iniciada. Faz -se necessário reavaliar a ingesta alimentar e opta-se pelo início de dieta enteral, já que a sonolência não permite que continue com a alimentação via oral.

Os dias se passam e ao término do esquema de antibiótico no 10º dia, o Sr. Manoel se mostra estável e com SSVV estáveis. Os exames mostram que o processo infeccioso cedeu e é conferida a alta hospitalar.

O Sr Manoel apesar de ter dificuldade para se comunicar, entende bem quando falamos com ele e responde por gestos, porém, não deambula mais, está acamado e em uso de fralda. Devido a imobilidade e condição clínica desenvolveu uma lesão por pressão em região sacral. Está em uso de SNE para administração de dieta, pois não consegue deglutir e o risco de broncoaspiração é grande. Sua lista de medicações de uso contínuo aumentou. A filha que o acompanha apesar de feliz pela alta, afinal foram quase 15 dias de hospitalização, se mostra apreensiva e angustiada diante das necessidades do pai. Apesar de tê-lo acompanhado ali naquele leito por tantos dias, tinha muitas dúvidas e insegurança quanto aos cuidados que lhe proporcionará em casa.

#### **Refletindo ...**

Atualmente qual seria o fluxograma dos procedimentos de alta hospitalar?

Grife ou escreva sucintamente os principais problemas que você avalia nesse processo de internação e alta hospitalar?

## APÊNDICE F

### ROTEIRO DE ENTREVISTA CONSTRUÍDO PELO GRUPO PARTICIPANTE

ENTREVISTA ALTA SEGURA			
Nome paciente: _____			
Data Nascimento: _____	Idade: ____ anos	KATZ: _____	
Peso: _____ kg	Altura: _____		
Queixas principais: _____			
Diagnóstico médico: _____			
Comorbidades: _____			
Alergias: _____			
Medicações de uso contínuo: _____			
Faz acompanhamento médico: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não		Onde: _____	
Qual sua UBS de referência: _____			
Recebe apoio domiciliar da rede de saúde: <input checked="" type="checkbox"/> UBS ( ) SAD ( ) Outro: _____			
Possui limitações físicas: <input checked="" type="checkbox"/> Déficit auditivo ( ) Déficit visual ( ) Déficit motor			
<input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		Usa Próteses/lentes/aparelho auditivo? _____	
Internações recorrentes: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não		Data última internação: _____	
Portador de bactéria MR/PR/CR: <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não			
CUIDADOR PRINCIPAL			
Nome: _____		Vínculo: _____	Escolaridade: _____
Como você tem se sentido em relação ao seu papel de cuidador?		_____	
Você conta com auxílio de alguém para realizar os cuidados? <input checked="" type="checkbox"/> sim ( ) não		Quem? _____	
Como essa pessoa te ajuda? _____			

### CUIDADOS DOMICILIARES

Quais os cuidados que você já realiza em casa? De que forma você realiza esses cuidados?

Higiene corporal: \_\_\_\_\_

Higiene oral: \_\_\_\_\_

Mobilização do leito: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

Quais dificuldades você enfrenta para prestar o cuidado? \_\_\_\_\_

### ESTRUTURA DOMICILIAR

Cadeira de rodas    ( ) Cadeira de banho    ( ) Cama

Colchão especial: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

### DISPOSITIVOS MÉDICOS

Vias Aéreas:

cateter nasal    ( ) nebulização    ( ) Traqueostomia    ( ) Aspiração

Alimentação:

VO    ( ) SNE    ( ) Gastrostomia    ( ) Jejunostomia

Prótese dentária  sim    ( ) Não

Eliminações:

Fralda    ( ) SVD    ( ) Cistostomia    ( ) Ostomias    ( ) Cateterismo vesical intermitente

Tem lesões de pele:  Sim    ( ) Não

Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo tem? \_\_\_\_\_ Como você cuida? \_\_\_\_\_

### NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO

Alimentação    ( ) Vias aéreas    ( ) Cuidados com a pele    ( ) Medicações

Higiene    ( ) Eliminações: \_\_\_\_\_

Social: \_\_\_\_\_

Psicológica: \_\_\_\_\_ ( ) paciente    ( ) cuidador    ( ) ambos

## APÊNDICE G

### CASOS CLÍNICOS APRESENTADOS AO GRUPO PARTICIPANTE PARA TESTAR AS ESCALAS DE KATZ E IVCF-20

#### CASO 1

Nome: M.L.S

DN: 10/10/1947 (74 anos)

Reside com o esposo (76 anos) que possui uma saúde regular.

Diagnóstico Médico principal: ITU

Comorbidades: HA + DM + SEQ AVE

Medicações em uso: sinvastatina, losartana, furosemida, metformina e AAS

- Quando questionada sobre sua saúde, relata ser regular. Depois que teve o AVC e não consegue fazer as atividades como antigamente, às vezes fica desanimada. Sente saudades dos filhos. Nas reuniões familiares sente-se cansada e prefere ficar em casa. Gosta de fazer crochê e assistir televisão a noite.
- Deambula com o auxílio de bengala, consegue ir no mercado ao lado de sua casa e na feira 1 vez na semana. Como a farmácia fica longe, costuma pedir os medicamentos por telefone, pois já ocorreu de perder o equilíbrio e cair. A sua maior dificuldade é levantar-se do sofá e da cama, mas consegue fazer isso com auxílio da bengala.
- Devido a dificuldade para deambular, não consegue fazer as atividades de casa, conta com seu esposo para preparar alimentos. A cada 15 dias a filha faz uma faxina na residência.
- No banho necessita de ajuda para lavar as pernas. Veste-se sozinha, porém precisa de ajuda para calçar os sapatos.
- Consegue ir ao banheiro sozinha. Eventualmente tem escape de urina, por isso prefere usar um absorvente.
- Consegue alimentar-se sem ajuda, porém está sem apetite e percebeu que perdeu uns 5 kg no último mês.

## CASO 2

Nome: J. S

DN: 12/09/1934 (86 anos)

Diagnóstico Médico: Pneumonia aspirativa

Comorbidades: HA + alzheimer

Medicações em uso: sinvastatina, anlodipino, AAS, olanzapina, donezepila.

- Reside com a filha, que é cuidadora principal. Há 3 anos está acamado em virtude do quadro demencial. Filha relata que nos últimos 6 meses já passou por 2 internações hospitalares. Sr Joaquim é aposentado e desde que adoeceu a filha é a tutora da sua aposentadoria.
- Sr Joaquim está acamado e sua higiene é realizada no leito. Necessita de alimentação por SNE, pois não consegue deglutir e seu estado nutricional é carente.

## APÊNDICE H

**CARTILHA: ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS DOMICILIARES APÓS A ALTA HOSPITALAR CONSTRUÍDA PELO GRUPO PARTICIPANTE**

# Medicações

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. RUI ALBERTO  
KONAKO DE ANDRADE

## ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES



1-Manter os medicamentos em locais arejados, longe de calor e umidade. Medicamentos que precisam ser refrigerados não devem ficar próximo ao congelador ou na porta da geladeira, como a insulina.

2-Não usar medicamentos vencidos.

3-Materiais e medicamentos usados para curativos, como pomadas, gazes soro fisiológico, ataduras devem ser separados dos demais medicamentos e guardados em uma caixa com tampa.



4-Deixe a receita médica sempre perto dos medicamentos, se houver alguma dúvida fica fácil consultar.

5-Não mude as doses dos medicamentos ou pare de tomar por conta própria sem a orientação médica.

6- Ao preparar os medicamentos esteja sempre em local com claridade e se preciso acenda a luz, evitando trocas dos medicamentos.



## ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE MEDICAÇÕES

7- Deixe as medicações separadas em um saco plástico com: nome das medicações e horários de administração. Não retire de suas embalagens originais evitando que se misturem e para controlar o prazo de validade.



8- Leia sempre o nome do medicamento antes de administrá-lo.

9- Não utilize medicamentos por conta própria ou indicados por outra pessoa. Sempre pergunte a um profissional de saúde.

10- Use uma tabela de orientações com nome e horário dos medicamentos. Os horários dos medicamentos podem ser ajustados aos horários de suas atividades diárias como nos horários de refeições ou antes de deitar, isso pode ajudar a lembrar de tomar o medicamento.



10- Se apresentar sintomas durante o tratamento como náuseas, vômitos, coceira no corpo, diarreia ou outros, procure um serviço de saúde e comunique.



# Higiene Oral e Corporal

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM A HIGIENE ORAL



Lavar as mãos antes e depois da realização da higiene bucal

Higienizar a cavidade oral com gaze umedecida com enxaguante bucal sem álcool (clorexidine 0,1 ou 0,2%) ao menos 3x ao dia ou após as refeições (mesmo se não tiver dentes).

Pode-se usar espátula com gaze nos casos de pacientes com dentição e risco de mordidas.



Em caso de uso de prótese dentária total ou parcial, é preciso retirá-la e realizar a limpeza com escova e creme dental.

Na escovação utilizar escova macia ou extra macia para evitar lesões na mucosa bucal. Trocar a escova dental a cada 3 meses.



## CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

### ORIENTAÇÕES GERAIS- BANHO NO LEITO (CAMA)

·Se possível realizar o banho em 2 pessoas, para melhorar a segurança.

·Atenção para não retirar as sondas durante as movimentações.

·É muito importante avaliar a pele e também massagear bem o corpo durante o banho para melhorar a circulação sanguínea. Fazer movimentos firmes, mas suaves. Se possível movimentar as articulações.

·Não usar buchas ou esponjas, pois reduzem a proteção da pele, aumentam o ressecamento e o risco de alergias. Dê preferência para tecidos macios que não agriçam a pele.

·Usar sabonetes neutros (glicerinados), líquidos de preferência e sem perfumes.

·Secar a pele suavemente após o banho ou higiene, pois a pele do idoso é frágil e fricção pode gerar manchas roxas e lesões na pele.

·Hidratar diariamente a pele do corpo com cremes, de preferência sem cheiro.

·Evitar molhar os curativos durante a higienização do paciente. Faça os curativos após o banho utilizando a técnica correta.

·Evitar banhos muito quentes. Observar a temperatura do ambiente, evitando correntes de ar.

·Cuidar da privacidade utilizando o lençol como apoio para não descobrir por completo o corpo, e ao mesmo tempo protegendo do frio.

·O banho também é um momento de contato emocional importante, converse com o idoso sempre.

·Estimule a autonomia do idoso sempre que for possível.



## CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

### O QUE VOU PRECISAR?

- 2 jarras com água levemente aquecidas.
- 1 comadre ou bacia para a higiene da região genital.
- 1 bacia rasa para a lavagem dos cabelos.
- 1 copo plástico.
- Toalhas.
- Roupas leves de fácil abertura.
- Shampoo.
- Sabonete.
- Desodorante.
- Creme hidratante.
- Tecidos macios ou compressas.
- Roupas de cama.
- Sacos plásticos grandes, tipo sacos de lixo, para proteger a cama se o mesmo não for impermeável.

### COMO FAZER?

- Comece a higiene das regiões mais limpas para as mais sujas.
- Troque a água sempre que necessário.
- Inicie com o paciente em posição dorsal (barriga para cima).
- Cubra o corpo com um lençol.
- Coloque um saco plástico grande sobre o colchão para evitar que molhe (se não for impermeável) e forre com toalhas ou lençol.



## CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

### HIGIENE COURO CABELUDO

Coloque um travesseiro sob os ombros do idoso e deixe a cabeça levemente inclinada para trás dentro de uma bacia rasa. Com um copo de plástico molhe bem os cabelos, lave bem com shampoo e condicionador, enxague, seque e penteie para desembaraçar bem os fios.



### HIGIENE DO CORPO

·Lave o rosto apenas com água (atente-se para limpeza de orelhas, narinas, olhos).

·Molhar uma compressa ou tecido macio, aplicar o sabonete e passar suavemente na pele, iniciando pelo pescoço e ombros.

·Abaixe os lençóis deixando cobertos a região genital e pernas.

·Lave as axilas, braços e as mãos. Depois a região do tórax e abdome.

·Puxe o lençol, cobrindo abdome e tórax deixando a região genital e membros inferiores descobertos.

·Higienize as pernas inclusive a região posterior, as panturrilhas e pés, não esquecendo os dedos.

·Higiene da região genital: Esta será a última região a ser higienizada. Use a compressa ou tecido macio úmido com sabonete e enxague com água usando o copo plástico.

·Se sexo feminino inicie abrindo os lábios vaginais até a área de pequenos lábios e meato urinário.

## CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

·Se sexo masculino comece higienizando os testículos até a glândula, retraíndo o prepúcio para retirar as sujidades que ficam interiormente.

·Seque bem toda área do corpo já limpa com uma toalha seca. Atenção com as regiões mais propensas a permanecerem úmidas como: as orelhas, as axilas, as dobras da pele, os dedos, a virilha e umbigo.

·Deixe o paciente coberto com a toalha.

·Em seguida lateralize o paciente, se possível levante as grades para evitar quedas. Com a ajuda de um lençol, puxe o idoso para um lado e depois lateralize no sentido oposto.

·Lave as costas. Depois os glúteos e região anal. Se a pessoa estiver evacuada use a fralda para começar a tirar as fezes. Vá enrolando a fralda para evitar sujar a cama. Em seguida use o tecido ou compressa para limpar essa região.

·Enxague bem e seque com uma toalha seca.

·Ainda com o paciente lateralizado, empurre os lençóis molhados e sujos e higienize o colchão impermeável com álcool 70% e reponha com lençóis novos e limpos. Aproveite para já colocar a fralda.

·Retorne o paciente na posição dorsal e em seguida deixe-o lateralizado para o outro lado.



## CUIDADOS COM A HIGIENE CORPORAL

·Termine de retirar os lençóis sujos, seque o colchão se necessário e puxe os lençóis limpos. Termine de ajeitar a fralda.

·Posicione o paciente e passe hidratante em toda a pele.

·Feche a fralda, coloque as roupas e arrume o leito.

·Não esqueça de evitar as dobras nas roupas e lençóis, pois as mesmas podem ferir a pele.

·Além do lençol, sugere-se a utilização de um traçado (lençol dobrado ao meio), isso facilitará a movimentação e posicionamento do idoso no leito.

### CUIDADOS COM A PELE



·Ingerir água com frequência, pois o idoso tem menos sede e fica mais favorável a desidratação e consequentemente com a pele mais seca.



·Tomar banho de sol 1x ao dia por pelo menos 15 minutos, buscando expor o máximo de pele possível. A exposição não deve durar mais de 30 minutos. Recomenda-se que seja realizado até as 10h ou após as 16h.



·Evitar manter a pele úmida, trocando fraldas sempre que urinar ou defecar, com água morna e sabão neutro.

# Alimentação Oral

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO ORAL

### CUIDADOR:

- O cuidador deve sempre lavar as mãos antes de oferecer o alimento ao idoso;
- Manter as unhas limpas e cortadas;
- Manter os cabelos presos ao preparar e administrar a dieta.

### CUIDADOS AO ADMINISTRAR A DIETA VIA ORAL:



Preparar o local onde será servido a alimentação



Evitar locais com barulho, televisão e rádio ligados



Conferir a temperatura do alimento antes de oferecer ao idoso



Acomodar o idoso de modo que fique confortável



O posicionamento do idoso deve ser 45 graus. Nunca servir a dieta com o idoso deitado



Servir o alimento devagar, respeitando o tempo de mastigação e deglutição



Oferecer sempre pequenas porções



Oferecer alimentos bem cozidos e macios. Exemplos: arroz bem cozido, caldo de feijão, carne moída ou desfiada, purês, legumes bem cozidos.



Caso o idoso apresentar dificuldade para engolir ou risco de engasgo, oferecer dieta pastosa como purês, cremes e alimentos batidos/liquidificados;

# Sonda Nasoenteral

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL

### O QUE É NUTRIÇÃO ENTERAL?

É a alimentação pela sonda quando a pessoa não pode ou não consegue alimentar-se pela boca em quantidade suficiente.

### O QUE É SONDA NASOENTERAL?

É um tubo fino, macio e flexível que é colocado pelo nariz e vai até o intestino. A sonda leva a dieta diretamente para o intestino.



### CUIDADOS COM A FIXAÇÃO DA SONDA NASOENTERAL

- Trocar diariamente a fixação da sonda (micropore), de preferência após o banho e sempre que estiver sujo ou descolado;
- Retirar a fixação antiga;
- Limpar a pele com água e sabonete neutro;
- Secar bem o nariz;
- Fixar a sonda de modo a não ficar dobrada e nem puxar a narina;
- Manter a sonda fixada na marcação indicada.



ILUSTRAÇÃO: COMO CORTAR O MICROPORE PARA A FIXAÇÃO DA SONDA.

## CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL



### CUIDADOS COM A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA PELA SONDA NASOENTERAL

Toda sonda nasoenteral possui uma marcação com esparadrapo ou micropore, que indica o local correto da fixação da sonda. Checar sempre antes de administrar a dieta.

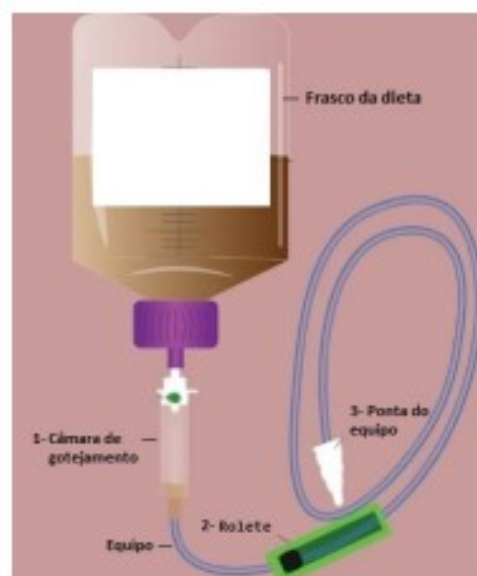
-Se a marcação estiver longe da entrada do nariz, isso pode indicar que a sonda esteja fora do lugar. Não administrar a dieta e pedir a avaliação da equipe do posto de saúde ou ligar no 192 (SAMU) se tiver dúvida se a sonda está na posição correta.

### ADMINISTRAÇÃO DA DIETA

#### ADMINISTRAÇÃO COM FRASCO E EQUIPO

##### Materiais Necessários:

- Um gancho ou prego para pendurar o frasco (deve ficar 1 metro acima da cabeça do paciente)
- Frasco da dieta
- Equipo



O equipo possui:

1 **Câmara de gotejamento:** precisa ser pressionada para a entrada da dieta no tubo do equipo. É necessário ter sempre uma quantidade de

## CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL

dieta dentro dele, de modo a evitar a entrada de ar durante o gotejamento;



**2** **Rolete:** é a parte do equipo que permite controlar a velocidade do gotejamento;



**3** **Ponta do equipo:** Local que será conectado na sonda.



**Como administrar dieta com frasco e equipo**

- Com as mãos limpas, levar a quantidade de dieta a ser administrada no horário em um recipiente;
- Posicionar o paciente adequadamente com encosto de 45°- usar travesseiros;
- Abra a tampinha que fecha a sonda;
- Conectar o equipo no frasco e pendurar o frasco em um gancho ou prego (1 metro acima da cabeça do paciente);
- Retirar o ar que está dentro do equipo. Abrir o rolete do equipo e deixar a dieta chegar até a ponta. Fechar o rolete.
- Abrir a tampinha que fecha a sonda e conectar a outra ponta do equipo de dieta na sonda;
- Administrar a dieta de maneira lenta para que o paciente não tenha desconfortos gástricos e intestinais como vômitos ou diarreia; Contar 1 gota por segundo aproximadamente;

## CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL

·Passar 200ml de água filtrada ou chá claro duas vezes ao dia pela sonda, nos intervalos das dietas.

### ADMINISTRAÇÃO COM SERINGA DE 60ML

- Com as mãos limpas, levar a quantidade de dieta a ser administrada no horário em um recipiente;
- Posicionar o paciente adequadamente com encosto de 45°- usar travesseiros;
- Abra a tampinha que fecha a sonda;
- Utilizar de preferência uma seringa grande (60ml) para facilitar a administração da dieta (artesanal);
- Administrar a dieta de maneira lenta para que o paciente não tenha desconfortos gástricos e intestinais como vômitos ou diarreia;
- Passar 200ml de água filtrada ou chá claro duas vezes ao dia pela sonda, nos intervalos das dietas.

*Em dias muito quentes ou se a urina estiver muito amarela ou com cheiro forte aumentar a frequência da administração da água (seringa ou frasco).*

### ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

#### **Líquidos:**

·Aspirar com uma seringa a quantidade de ml prescrita e injetar pela sonda.

#### **Sólidos:**

·**Comprimidos:** triturar o comprimido até transformar em pó e dissolver em um pouco de água dentro do copo, misture bem, aspire com a seringa novamente e injete pela sonda;

·**Cápsulas:** Retire o pó da cápsula, dissolva em um pouco de água dentro do copo, misture bem, aspire com a seringa novamente e injete pela sonda;

## CUIDADOS COM A SONDA NASOENTERAL

*Não misture os medicamentos com os alimentos;  
Sempre lavar a sonda com 50ml de água após administrar os medicamentos e os alimentos.*



### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Observar distensão abdominal, frequência e aspecto das evacuações diariamente;
- Não administrar a dieta se houver dúvidas quanto ao posicionamento correto da sonda;
- Caso o paciente apresente muita tosse durante a administração da dieta, ficar cianótico ou sair a dieta pelo nariz ou boca, **PARAR** imediatamente a dieta. A sonda pode estar fora do lugar e a dieta indo para o pulmão. Procure ajuda de um serviço de saúde.
- Se a sonda estiver entupida, sair do lugar ou apresentar algum vazamento, procure auxílio de um serviço de saúde. Leve a sonda e o fio guia em um saco plástico limpo.
- Se apresentar náuseas e vômitos, deixar a sonda aberta em um saco plástico e suspender a dieta;

**NUNCA TENHA TENTADO RECOLOCAR A SONDA EM CASA!**

# Receitas para dieta enteral

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

# Receitas

## SOPA

### Ingredientes

- ½ copo de arroz ou 1 batata/mandioca salsa/batata doce.
- 2 porções de carne do tamanho da palma da mão – 100g (fígado de boi, frango, patinho moído, músculo, 2 ovos cozidos- escolher 1 tipo por vez).
- 2 conchas de grãos (feijão).
- Legumes e verduras da época: cenoura abobrinha, chuchu, abóbora, beterraba, tomate, folhas verde escuro ou que tiver em casa disponível.
- 2 colheres de sopa de azeite de oliva.
- Alho e cebola.

### Modo de preparo

- Cozinhar tudo na panela de pressão, depois que esfriar bater no liquidificador e coar. O volume final da sopa deverá ser de 1000 ml aproximadamente. Olhar a medida do copo de liquidificador. Se precisar aumentar o volume, adicionar mais caldo do feijão cozido e bater novamente.
- A sopa poderá ser preparada 1x ao dia, com volume final de aproximadamente 1000 ml, dividir em 3 potes, podendo aumentar ou diminuir conforme a tolerância do paciente.
- Armazenar dentro da geladeira, retirar meia hora antes de administrar. Não oferecer gelado ou quente.

**CUIDADO COM A CONSISTÊNCIA, SEMPRE PASSAR PELA PENEIRA!**

# Receitas

## SUCO DE MAÇÃ OBSTIPANTE



- 1 maçã pequena/média higienizada, sem casca e sem sementes.
- 100 ml de água filtrada/fervida em temperatura ambiente.
- Não adicionar açúcar

-Bater no liquidificador e passar em peneira fina sem forçar. Pode colocar gotas de limão para não escurecer o suco.

-Usar em seguida.

**Utilizar em situações em que as fezes ficam amolecidas por excesso de água, gotejamento muito rápido da dieta ou uso de medicamentos como antibióticos ou outra situação.**

## CHÁ DE AMEIXA LAXANTE



- 3 ameixas pretas (tipo secas)
- 200 ml de água filtrada
- Não adicionar açúcar

-Ferver por alguns minutos ( 3 a 5 min), esfriar e passar em peneira fina sem forçar.

-Usar em seguida em temperatura ambiente ou frio.

## SUCO DE LARANJA LAXANTE



- 1 a 2 laranjas pêras

-Higieniza-las antes de espremer, coar sem forçar.

-Usar em seguida.

**Utilizar em situações em que as fezes ficam endurecidas por excesso de suor, uso de diuréticos ou outros medicamentos, menor infusão de água, volume reduzido de dieta ou outra situação.**

# Cateterismo Vesical de demora

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM O CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

### O QUE É CATETERISMO VESICAL DE DEMORA?

É um procedimento que é colocado uma sonda de silicone no canal da urina até a bexiga para retirar a urina. A sonda é conectada a uma bolsa coletora e a bexiga é esvaziada de maneira contínua.

É utilizado quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente, controlar a saída da urina ou no pós operatório de algumas cirurgias.



### CUIDADOS COM A SONDA

Para prevenir complicações como infecções, sangramentos e feridas é importante que tenha os seguintes cuidados:

- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de mexer na sonda;

- Limpar ao redor da sonda com água e sabão para evitar acúmulo de secreções. Seque cuidadosamente e tome cuidado para não puxar a sonda;

- Manter a bolsa coletora sempre abaixo da altura da cintura, do nível da cama ou do assento da cadeira. Isso evita que a urina retorne para bexiga. Não encostar no chão;



## CUIDADOS COM O CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

-Tomar cuidado para não puxar a sonda, pois pode causar ferimento na uretra;

-Cuidar para que a perna ou algum objeto não comprima ou dobre a sonda;

-Esvaziar a bolsa sempre que começar a encher: Coloque o recipiente abaixo da bolsa coletora, tire a tampinha protetora da ponta da bolsa, deslize a válvula para o lado e retire a urina;

-Jogar a urina em um frasco exclusivo para esse fim e depois no vaso sanitário;

-Não esquecer de fechar a válvula e tampar a ponta da sonda;



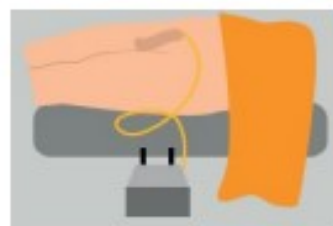
### IMPORTANTE

Se não sair urina na bolsa por muito tempo, verifique se a sonda não está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa.

### FIXAÇÃO DA SONDA

A sonda deve sempre se manter fixada com esparadrapo ou micropore, sem puxar. Rodiziar os lugares para não ferir a pele.

**HOMENS:** fixar abaixo do umbigo, ou nas regiões inguinais (virilha) direita ou esquerda.



**MULHERES:** fixar a sonda na parte de dentro da coxa.



## CUIDADOS COM O CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

### ATENÇÃO!

Observar a aspecto da urina. Se estiver com presença de sangue, coágulos ou pus e/ou apresentar febre, procurar ao Posto de Saúde mais próximo da residência.



**Hospital Zona Sul de Londrina**  
Rua: Orquídeas, 75 - Pq. Ouro Branco  
Londrina/PR- Fone: (43) 3374 - 1900

# Curativos

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM CURATIVOS

### O QUE VOU PRECISAR?

- Luvas
- Gazes
- Soro Fisiológico
- Micropore
- Agulha 40x12 mm (ou outra agulha grossa)

### COMO FAZER?

Lavar as mãos antes da realização do curativo.



Após removido o curativo, limpar delicadamente a ferida com soro fisiológico. Se houver pomada/gel aderidos, molhar bem uma gaze com soro fisiológico e remover a pomada/gel delicadamente. Lavar novamente a ferida irrigando com soro fisiológico.

Calçar as luvas.



Após a limpeza, secar delicadamente as bordas da ferida com gazes.

Fazer um furo no frasco do soro fisiológico com agulha grossa.



Aplicar AGE/Dersani ou o produto indicado pelo médico ou enfermeiro diretamente na lesão.

Remover delicadamente as fitas de micropore que estão aderidas à pele.



Cobrir a lesão com gazes e fixar com micropore por 2cm a mais da borda da lesão.

Remover o curativo irrigando com soro fisiológico.



Retirar as luvas e lavar as mãos novamente.

## CUIDADOS COM CURATIVOS

### ATENÇÃO!

- Manter sempre a lesão coberta;
- Não toque com as mãos a porção da gaze que terá contato com a ferida;
- Trocar o curativo conforme a quantidade da secreção (1 ou 2 vezes ao dia);
- Observar o aspecto da ferida. Caso a ferida piore apresentando secreção purulenta (secreção amarelada ou esverdeada), cheiro forte, aumento do tecido amarelado (fibrina ou esfacelo) ou preto (necrose); Sinais de infecção como vermelhidão, inchaço, dor e calor local, solicitar avaliação da equipe de Saúde da Família do posto de saúde. Caso não seja possível, entrar em contato com 192 (SAMU), que indicará o local que poderá avaliar o paciente e a ferida.



### Hospital Zona Sul de Londrina

Rua: Orquídeas, 75 - Pq. Ouro Branco  
Londrina/PR- Fone: (43) 3374 - 1900

# Colostomia e Ileostomia

ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS  
DOMICILIARES APÓS ALTA HOSPITALAR



**HOSPITAL  
ZONA SUL  
DE LONDRINA**

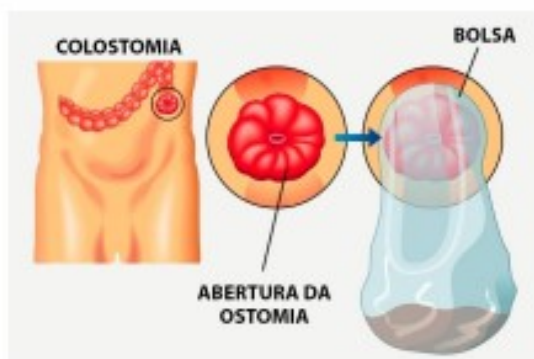
DR. EULALINO  
IGNÁCIO DE ANDRADE

## CUIDADOS COM A COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

### O QUE É COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA?

É uma cirurgia para construção de um novo trajeto para saída de fezes. Quando é realizada no intestino grosso, chamamos de COLOSTOMIA e no intestino delgado (fino), chamamos de ILEOSTOMIA.

*Dependendo do lugar onde é feita, a frequência de evacuações e a consistência das fezes ficam diferentes*



### CUIDADOS COM COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

#### BANHO

Não é necessário retirar a bolsa para tomar banho. Se preferir, proteja o coletor com um plástico e fita adesiva durante o banho, isto vai garantir maior durabilidade do coletor.

#### FREQUÊNCIA DE ESVAZIAMENTO

Sempre que necessário, conforme a necessidade do paciente. Pode usar pequena quantidade de água sem pressão para lavar. Não esqueça de fechar a bolsa com clamp após o esvaziamento.

É necessário esvaziar constantemente para que ele não fique pesado e descole da pele.

## CUIDADOS COM A COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

### CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DO ESTOMA (ORIFÍCIO)

-A limpeza deve ser feita com água e seu sabonete, sem esfregar, nem usar esponjas. Usar somente a espuma do sabonete.

-Os pelos ao redor do estoma devem ser aparados bem curtos, com tesoura. Não devendo ser raspados, pois pode provocar inflamação na raiz desses pelos.

-Não use substâncias agressivas a pele como: benjoin, álcool, colônias, pomadas, benzina e cremes. Esses produtos podem ressecar e ferir a pele.

### *Como trocar o coletor*

- 1- Retirar delicadamente o coletor com um tecido macio úmido para não traumatizar a pele (dê preferência para realizar durante o banho).
- 2- Jogue o coletor fora.
- 3- Limpe a pele ao redor do estoma com água e sabonete.
- 4- Seque bem ao redor do estoma com um tecido macio.
- 5- Recorte a bolsa no tamanho do estoma. Cuidado para não perfurar a bolsa.



## CUIDADOS COM A COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

### *Como trocar o coletor*

- 6- Retirar o papel protetor e coloque a bolsa de baixo para cima.
- 7- Apertar levemente para adaptar bem na pele e não formar pregas.
- 8- Retirar o ar dentro da bolsa e fechar com o clamp (presilha).



- Observar sempre a cor (deve ser vermelho vivo), o brilho, a umidade, o tamanho e a forma.
- A limpeza do estoma deve ser feita delicadamente. Não deve ser esfregado, pois pode sangrar facilmente.
- Qualquer alteração ou ausência de saída de fezes por três dias ou mais, deverá ser comunicada ao Posto de Saúde mais próximo.



# FRALDAS GERIÁTRICAS COM DESCONTO NA FARMÁCIA POPULAR

## Quem tem direito?

Cidadãos brasileiros a partir de 60 anos de idade ou pessoas portadoras de necessidades especiais ou enfermidade que exija o uso da fralda.

## Documentos necessários

- Receita médica indicando tamanho e quantidade diária.
  - Instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma.
  - RG e CPF do paciente e do representante legal.
  - Constar a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).
- Para idosos, só é necessário apresentar documento de identificação
- Comprovante de endereço.
  - São limitadas 120 fraldas por mês.



**A FRALDA NÃO É GRATUITA. É ENCONTRADA COM ATÉ 90% DE DESCONTO NAS FARMÁCIAS POPULARES.**



## BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)



Previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade.

### REQUISITOS

O brasileiro, nato ou naturalizado, e as pessoas de nacionalidade portuguesa, desde que comprovem residência no Brasil.

A renda por pessoa do grupo familiar deve ser igual ou menor que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, podendo receber o benefício:

- Pessoa idosa, com idade de 65 anos ou mais.
- Pessoa com deficiência, de qualquer idade: condição que apresenta impedimentos de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, podem dificultar ou impedir a participação plena e efetiva de uma pessoa na sociedade em igualdade de condições com as demais.

O BPC não é aposentadoria. Para ter direito a ele, não é preciso ter contribuído para o INSS. Diferente dos benefícios previdenciários, o BPC não paga 13º salário e não deixa pensão por morte.

### COMO SOLICITAR

O primeiro passo é a inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, o CadÚnico. Para realizar o processo, basta procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou uma Secretaria de Assistência Social para esclarecer dúvidas sobre os critérios de acesso ao benefício e sobre sua renda familiar, além de receber orientação sobre cadastramento e como solicitar o BPC.

Todas as pessoas da família devem estar inscritas no Cadastro Único e ter CPF, inclusive crianças e adolescentes; apresentar documentos de todos da família, comprovante de endereço.

O requerimento pode ser realizado nas Agências da Previdência Social (APS) ou por meio dos canais de atendimento do INSS: pelo telefone 135 (ligação gratuita de telefone fixo) ou pelo site ou aplicativo de celular "Meu INSS".



# PROCURAÇÃO

É um documento escrito, em que uma pessoa dá autorização formal para que outra pessoa seja sua representante em um ou mais atos. O procurador, que agirá em nome de quem conferiu a procuração, também é chamado de outorgado, enquanto o representado também se denomina outorgante.

## COMO REQUERER:

### PROVA DE VIDA

A prova de vida é o principal mecanismo utilizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para evitar fraudes no recebimento de benefícios previdenciários.

O INSS oferece diversas formas para aposentados e pensionistas comprovarem que estão vivos e evitem o bloqueio de pagamentos, inclusive para quem está impossibilitado de se locomover por motivos de saúde.

#### 1. APLICATIVO

Os beneficiários que têm biometria facial cadastrada no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) ou no Departamento de Trânsito (Detran) podem fazer a prova de vida pelo aplicativo Meu INSS. A prova de vida pelo aplicativo pode ser baixado pela Play Store ou App Store. Clientes do Banco do Brasil também podem fazer a comprovação no programa da instituição financeira.



#### 2. PROVA DE VIDA PRESENCIAL

A forma mais comum de se realizar a prova de vida é presencialmente no banco em que o beneficiário recebe o benefício, usando o caixa eletrônico por meio do registro biométrico. A Caixa Econômica Federal, o Bradesco e o Itaú Unibanco aceitam qualquer transação com biometria como prova de vida.

Se o aposentado ou pensionista não tiver a biometria cadastrada, a orientação do INSS é que procurem uma agência bancária responsável pelo recebimento do benefício. Caso não consigam ir ao banco, devem agendar um atendimento pelo número 135 em uma unidade do INSS.



## COMO REQUERER:

### 3- PROVA DE VIDA POR PROCURAÇÃO

Os beneficiários que estiverem impossibilitados de comparecer ao banco por dificuldades de locomoção ou por motivos de doença podem fazer a comprovação de vida por meio de um procurador. Contudo, para que isso ocorra, é necessário que a procuração seja cadastrada no INSS.



### 4. PROVA DE VIDA EM DOMICÍLIO

As pessoas que se encontram acamadas, hospitalizadas ou que sejam maiores de 80 anos com dificuldade de locomoção podem solicitar prova de vida domiciliar. O pedido de agendamento deve ser feito pelo telefone 135 ou pelo aplicativo Meu INSS.

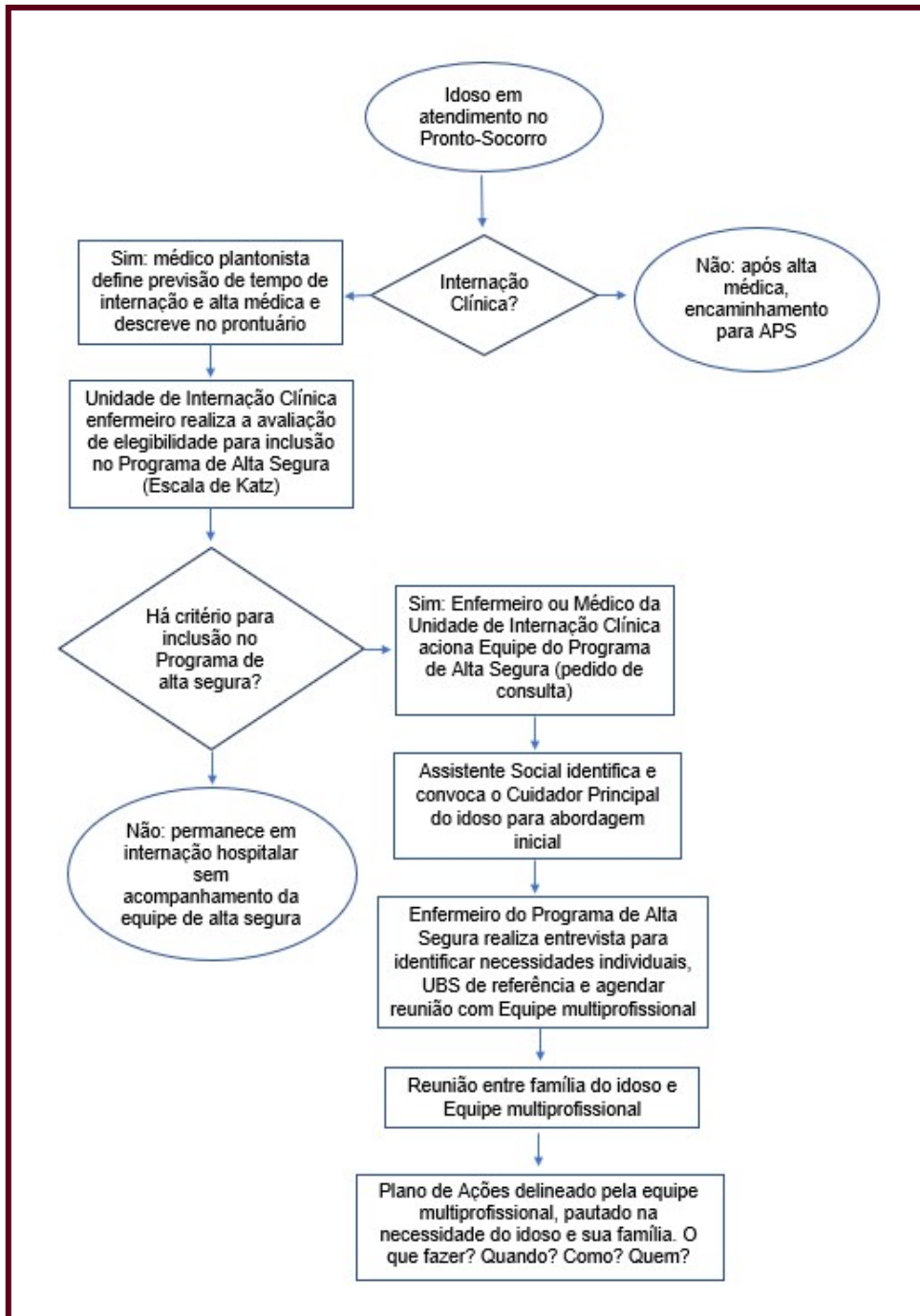
Em caso de dificuldade de locomoção, deve ser selecionado o serviço "Solicitar Prova de Vida – Dificuldade de locomoção", do tipo tarefa, modalidade atendimento à distância, código 4972, sigla PVIDADIFLO. Deve, ainda, ser anexado documento médico que comprove a condição. Para beneficiários acima de 80 anos, é necessário selecionar a opção "Solicitar Prova de Vida – Maior de 80 anos", código 4952, sigla PVIDAIDOSO.

### QUEM PERDEU O PRAZO E TEVE O BENEFÍCIO BLOQUEADO

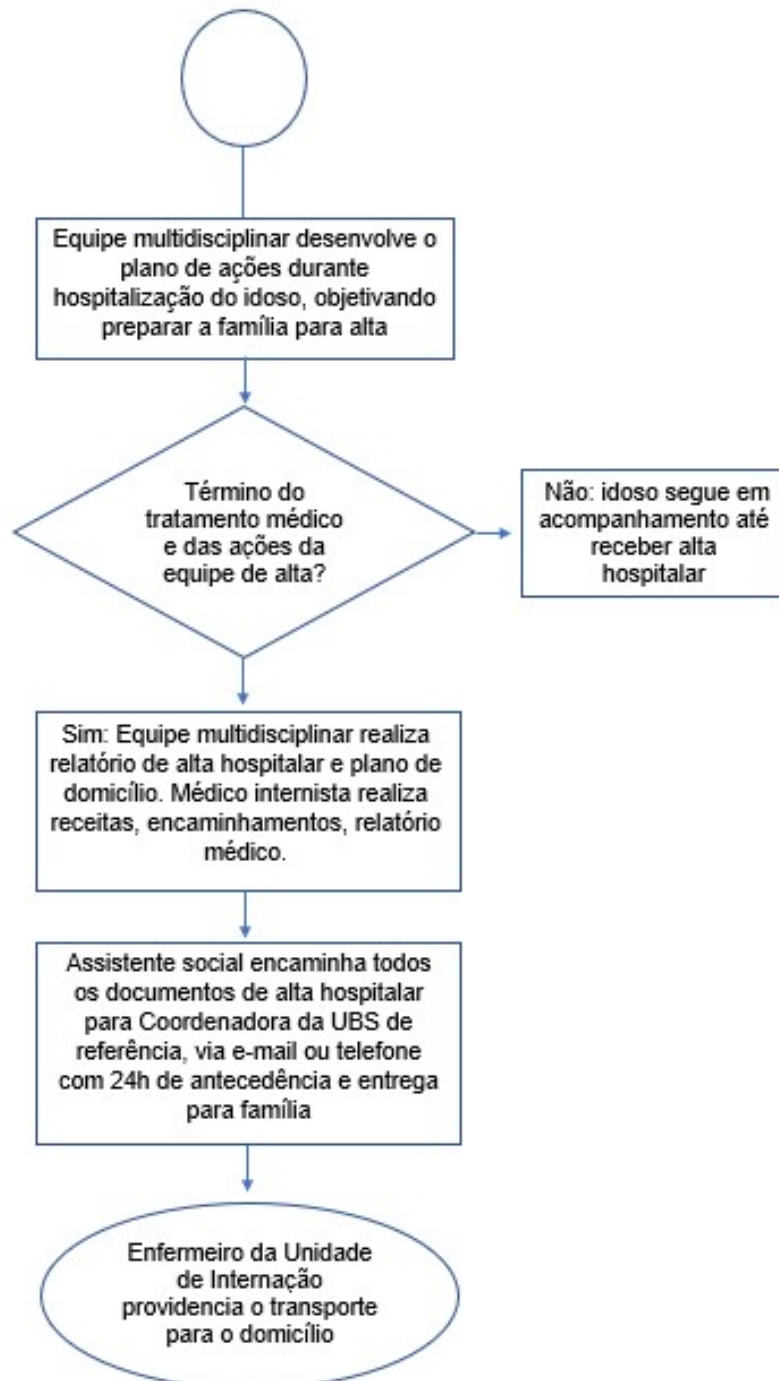
Realizar a prova de vida no banco em que recebe o pagamento. Após a comprovação, o recurso é liberado na hora. Seis meses após a suspensão, o INSS cancela o benefício, então a pessoa deve solicitar a reativação do pagamento pelo app Meu INSS. O prazo para análise do pedido é de até 40 dias; caso seja acatado, o pagamento é liberado em até 72 horas.

## APÊNDICE I

### FLUXOGRAMA DE ALTA HOSPITALAR SEGURA CONSTRUÍDA PELO GRUPO PARTICIPANTE



## FONTE



# Anexos

# ANEXO A

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO

**Pesquisador:** PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 18115419.7.0000.5231

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem Programa de Pós Graduação Doutorado em

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.504.079

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-ação que será realizada no município de Londrina e abrangerá um Hospital de nível secundário, e na atenção primária em saúde que envolverá a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A pesquisa será realizada no período que compreenderá o segundo semestre de 2019 ao primeiro semestre de 2021 e envolverá 20 profissionais que assistem o idoso com dependência funcional no âmbito hospitalar e, também, domiciliar. Na primeira fase da pesquisa, fase exploratória tem como objetivo descobrir o campo de pesquisa, os interessados e fazer um diagnóstico inicial dos problemas e possíveis ações. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores e coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde voltados para a ESF e NASF, assim como os da área hospitalar, afim de obter informações acerca dos processos de trabalho instituídos para atendimento ao idoso com incapacidade funcional, além das percepções acerca da assistência prestada ao idoso. Após o conhecimento da realidade pela perspectiva dos gestores, será concebido o grupo participante do estudo. Será utilizado como técnica de coleta de dados a Roda de Conversa e o Seminário. O Seminário é considerado o centralizador de todas as informações, sendo sua função avaliar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação. A análise dos dados será por meio das técnicas de análise de conteúdo das entrevistas, grupos focais, rodas de conversa e dos seminários.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Centro de Ética em  
Pesquisa em Saúde Humana

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.504.079

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar o processo de criação e implementação de ações para o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência.

- Compreender como ocorre a assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;
- Avaliar a percepção da equipe de saúde que assistem idosos com dependência funcional com vistas a atuação transformadora no cotidiano profissional;
- Discutir os aspectos que envolvem a assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;
- Construir de forma participativa um plano de ações visando o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;
- Desenvolver o plano de ações delineado pelo grupo participante do estudo;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Quanto aos riscos, caso os profissionais envolvidos sintam-se preocupados, ansiosos ou incomodados com os temas abordados na discussão será assegurado que juntos buscaremos alternativas de ações para minimizar os problemas, além disso, asseguraremos que os relatos de problemas estruturais serão transmitidos aos Gestores para ciência, com total sigilo e anonimato do participante relator.

##### Benefícios:

Os benefícios esperados são a construção de estratégias e ações que aprimorem a assistência ao idoso, na transição hospital-domicílio.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante para área, segundo o pesquisador, espera-se com este estudo construir, de forma participativa, ações que qualifiquem a assistência prestada ao idoso com dependência funcional na sua transição hospital-domicílio, contribuindo para melhorar a qualidade de vida desse grupo etário, assim como minimizando as reinternações hospitalares e custos em saúde.

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

Foram entregues todos os documentos de apresentação obrigatória:

Informações básicas do projeto e projeto na íntegra,

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.504.079

Folha de rosto,  
Autorização das Instituições co-participantes,  
TCLE

**Recomendações:**

Retirar a conta de luz que deve ter sido anexada por equívoco na plataforma

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

O projeto foi analisado e discutido no Comitê, não apresentou nenhuma pendência. Está aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Constrói de Ética em  
Popula Envolvidos  
Sua História

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.504.079

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1401947.pdf	30/07/2019 14:33:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSubmissao.docx	30/07/2019 14:33:12	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoPaula.pdf	30/07/2019 14:28:07	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	30/07/2019 14:26:37	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoSecretariaMunicipaldeSaude .pdf	23/07/2019 15:36:55	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaohospitalHZS.pdf	23/07/2019 15:36:21	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaohospital.pdf	23/07/2019 15:36:04	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/07/2019 15:34:33	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 13 de Agosto de 2019

Assinado por:  
Oswaldo Coelho Pereira Neto  
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

## ANEXO B

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO

**Pesquisador:** PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 18115419.7.3002.5225

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.721.010

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-ação que será realizada no município de Londrina e abrangerá um Hospital de nível secundário, e na atenção primária em saúde envolverá a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ambos localizados na região sul do referido município. Será realizada no período que compreenderá o segundo semestre de 2019 ao primeiro semestre de 2021 e envolverá profissionais que assistem o idoso com dependência funcional no âmbito hospitalar e, também, domiciliar.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar o processo de criação e implementação de ações para o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência funcional, na transição hospital-domicílio.

##### Objetivo Secundário:

- Compreender como ocorre a assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;
- Avaliar a percepção da equipe de saúde que assistem idosos com dependência funcional com vistas a atuação transformadora no cotidiano profissional;
- Discutir os aspectos que envolvem a assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital-domicílio;

**Endereço:** Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
**Bairro:** Novo Mundo **CEP:** 81.050-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3212-6871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



## HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 3.721.010

- Construir de forma participativa um plano de ações visando o aprimoramento da assistência à saúde do idoso com dependência funcional na transição hospital domicílio;•

Desenvolver o plano de ações delineado pelo grupo participante do estudo.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

Quanto aos riscos, caso os profissionais envolvidos sintam-se preocupados, ansiosos ou incomodados com os temas abordados na discussão será assegurado que juntos buscaremos alternativas de ações para minimizar os problemas, além disso, asseguraremos que os relatos de problemas estruturais serão transmitidos aos Gestores para ciência, com total sigilo e anonimato do participante relator.

#### **Benefícios:**

Os benefícios esperados são a construção de estratégias e ações que aprimorem a assistência ao idoso, na transição hospital-domicílio.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL. Encaminhado para esse Comitê devido a inclusão da SESA como Co-participante.

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

Apresenta declaração de autorização das instituições envolvidas; TCLE; instrumento de pesquisa; cronograma e orçamento.

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

Sem pendências éticas.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Relembramos os autores que devem ser encaminhados como NOTIFICAÇÃO os seguintes assuntos:

- Relatórios parciais (semestrais), se for o caso
- Relatório final
- O trabalho concluído
- Comunicação de eventos adversos (se houver)
- Comunicação de início do trabalho e término do mesmo

Alterações no projeto devem ser submetidos como EMENDA.

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO  
TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 3.721.010

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoSubmissao.docx	30/07/2019 14:33:12	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/07/2019 15:34:33	PAULA GRAZIELA PEDRAO SOARES PERALES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 23 de Novembro de 2019

---

Assinado por:  
FABIO TERABE  
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41  
Bairro: Novo Mundo CEP: 81.050-000  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3212-5871 E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br

## ANEXO C

### AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA - PR  
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE – DGTES  
Avenida Theodoro Victorelli, 103 Jardim Helena / CEP 86027-750 Londrina – PR  
Telefone (43) 3372-9435 / e-mail: [sueli.inocente@ams.londrina.pr.gov.br](mailto:sueli.inocente@ams.londrina.pr.gov.br)

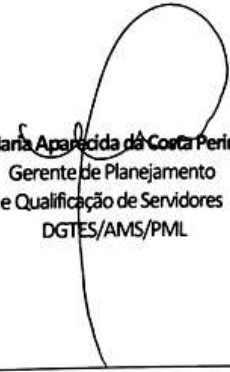
#### AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA DE PESQUISA

C.D. 17/2019/GPOQ/DGTES/AMS/PML

Informamos que está autorizada a pesquisa: “IDOSO COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL: QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA NA TRANSIÇÃO HOSPITAL – DOMICÍLIO POR MEIO DA PESQUISA-AÇÃO” pela aluna Paula Graziela Pedrão Soares Perales, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem a nível de Doutorado da Universidade Estadual de Londrina – UEL, orientada pela Profª Drª Mara Solange Gomes Dellaroza, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UEL, nº 3.504.079 datado de 13/08/2019.

Informamos ainda ser imprescindível que ao término desta pesquisa, nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 14 de agosto de 2019

  
Maria Aparecida da Costa Perini  
Gerente de Planejamento  
e Qualificação de Servidores  
DGTES/AMS/PML

  
Sueli Inocente  
Promotor de Saúde Pública - Enfermeira  
CEEPC/GPOQ/DGTES/AMS/PML