

## **Tecnologia educacional: Orientação no autocuidado à pacientes idosos da alta da clínica médica para o domicílio**

**Educational technology: Guidance on self-care for elderly patients discharged from the medical clinic to their homes**

**Tecnología educativa: Orientación sobre el autocuidado de los pacientes mayores dados de alta de la clínica médica a sus hogares**

Recebido: 03/08/2022 | Revisado: 11/08/2022 | Aceito: 12/08/2022 | Publicado: 21/08/2022

### **José Daniel Rodrigues dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3289-7364>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [jd.enf@hotmail.com](mailto:jd.enf@hotmail.com)

### **Valeria Regina Cavalcante dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1264-8125>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [valregsantos@hotmail.com](mailto:valregsantos@hotmail.com)

### **Xaene Maria Fernandes Duarte Mendonça**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0958-276X>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [xaenemaria@gmail.com](mailto:xaenemaria@gmail.com)

### **Ilma Pastana Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9152-3872>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [pastanailma@gmail.com](mailto:pastanailma@gmail.com)

### **Jacirene Vasconcelos de Albuquerque**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1884-1812>  
Universidade do Estado do Pará, Brasil  
E-mail: [jacirene@uepa.br](mailto:jacirene@uepa.br)

### **Bianca Camila Neves Siqueira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2305-0620>  
Universidade Federal do Pará, Brasil  
E-mail: [bianca.siqueira@icb.ufpa.br](mailto:bianca.siqueira@icb.ufpa.br)

### **Vitória Fernanda Valadares Coelho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1320-9180>  
Universidade da Amazônia, Brasil  
E-mail: [vick\\_valadares2345@hotmail.com](mailto:vick_valadares2345@hotmail.com)

### **Brenda Laryssa Lima Gonçalves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8187-2772>  
Instituto Evandro Chagas, Brasil  
E-mail: [brunabrend@yahoo.com.br](mailto:brunabrend@yahoo.com.br)

### **Cristina Frassinette Lima de Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0225-6339>  
Universidade Federal do Pará, Brasil  
E-mail: [frantte@ufpa.br](mailto:frantte@ufpa.br)

### **Creusa Barbosa dos Santos Trindade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7482-1475>  
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Brasil  
E-mail: [cbcreusasantos7@gmail.com](mailto:cbcreusasantos7@gmail.com)

## **Resumo**

**Objetivo:** Construir uma cartilha educacional para orientação de autocuidado a pacientes idosos na alta da clínica médica para o domicílio **Método:** Trata de pesquisa-ação com abordagem quanti-qualitativa desenvolvida na FSCMP no setor de clínica médica. A população do estudo foram 84 pacientes idosos com déficit no autocuidado, em processo de alta para o domicílio. Para coleta de dados foi aplicado um instrumento semiestruturado, compondo dados sociodemográficos, econômicos, clínicos; internação, capacidade para o autocuidado, percepções sobre alta hospitalar e dificuldades no autocuidado. As entrevistas foram processadas segundo a análise de conteúdo do método de Bardin. As variáveis quantitativas foram distribuídas em frequências absolutas e relativas. **Resultados:** A amostra predominou idosos do sexo masculino (66,67%), faixa etária de 65 a 69 anos (42,85%), renda familiar de até 01 salário mínimo (53,57%), união estável (33,33%), grau de escolaridade do ensino fundamental (61,91%), pardos

(78,54%) e aposentados (41,67%). A maioria possui tempo prolongado de internação sendo 33,34% superiores a 30 dias, 77,38% são polifarmácias, 46,43% apresentam dependência importante. O diagnóstico mais evidenciado foi doença do sistema digestivo (42,85%). Quanto a compreensão da hospitalização e alta hospitalar, os significados que os sujeitos atribuíram foram classificados em três categorias temáticas: A-A importância do apoio familiar/cuidadores; B-A manutenção financeira da família; C-Cuidados gerais referidos de autocuidado. Conclusão: Há necessidade de estudos e construção de mais tipos de produtos com tecnologias educativas que busque abranger a maior quantidade possível de orientações de autocuidado a pacientes idosos pós-alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Tecnologia educativa; Autocuidado; Idoso; Alta hospitalar.

### Abstract

**Objective:** To develop an educational booklet for self-care guidance to elderly patients at discharge from the medical clinic to their homes. **Method:** This is an action research with a quanti-qualitative approach developed at the FSCMP in the medical clinic sector. The study population was 84 elderly patients with self-care deficit, in the process of discharge to their homes. For data collection, a semi-structured instrument was applied, including sociodemographic, economic and clinical data, hospitalization, self-care ability, perceptions about hospital discharge and difficulties in self-care. The interviews were processed according to Bardin's content analysis method. Quantitative variables were distributed in absolute and relative frequencies. **Results:** The sample predominated elderly male (66.67%), age range of 65 to 69 years (42.85%), family income of up to 01 minimum wage (53.57%), stable union (33.33%), education degree of elementary school (61.91%), brown (78.54%) and retired (41.67%). Most of them have a prolonged hospitalization time, 33.34% of them for more than 30 days, 77.38% are polypharmacists, and 46.43% have a significant dependence. The most evident diagnosis was digestive system disease (42.85%). As for the understanding of hospitalization and hospital discharge, the meanings that the subjects attributed were classified into three thematic categories: A-The importance of family/caregivers support; B-Family financial maintenance; C-General self-care referred. **Conclusion:** There is a need for further studies and construction of more types of products with educational technologies that seek to cover the largest possible amount of self-care guidance to post-hospital discharge elderly patients.

**Keywords:** Educational technology; Self-Care; Aged; Hospital discharge.

### Resumen

**Objetivo:** Desarrollar un folleto educativo para orientar el autocuidado de los pacientes de edad avanzada en el momento del alta de la clínica médica a sus hogares. **Método:** Se trata de una investigación de acción con un enfoque cuanti-cualitativo desarrollado en la FSCMP en el sector de la clínica médica. La población del estudio fue de 84 pacientes ancianos con déficit de autocuidado, en proceso de alta a domicilio. Para la recogida de datos se aplicó un instrumento semiestructurado que comprendía datos sociodemográficos, económicos, clínicos; hospitalización, capacidad de autocuidado, percepciones sobre el alta hospitalaria y dificultades en el autocuidado. Las entrevistas se procesaron según el método de análisis de contenido de Bardin. Las variables cuantitativas se distribuyeron en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** En la muestra predominaron los hombres de edad avanzada (66,67%), el grupo de edad de 65 a 69 años (42,85%), los ingresos familiares de hasta 01 salario mínimo (53,57%), la unión estable (33,33%), el grado de escolaridad de la educación primaria (61,91%), los casados (78,54%) y los jubilados (41,67%). La mayoría tiene un tiempo de hospitalización prolongado, siendo el 33,34% superior a 30 días, el 77,38% son polifarmacéuticos, el 46,43% tienen una dependencia significativa. El diagnóstico más evidenciado fue el de enfermedad del aparato digestivo (42,85%). En cuanto a la comprensión de la hospitalización y el alta hospitalaria, los significados que los sujetos atribuyeron se clasificaron en tres categorías temáticas: A-La importancia del apoyo de la familia/cuidadores; B-Mantenimiento financiero de la familia; C-Autocuidado referido. **Conclusión:** Es necesario realizar más estudios y construir más tipos de productos con tecnologías educativas que busquen abarcar la mayor cantidad posible de orientaciones de autocuidado a los pacientes de edad avanzada tras el alta hospitalaria.

**Palabras clave:** Tecnología educativa; Autocuidado; Envejecimiento; Alta hospitalaria.

## 1. Introdução

As tecnologias estruturam-se num conjunto de saberes relacionados à produtos e materiais que definem terapêuticas e processos de trabalho. Constituem instrumentos que auxiliam as ações, dentre elas de saúde. Quando estas são educativas, mediam os processos de ensinar e aprender (Vasconcelos et al., 2018).

A educação em saúde é uma ferramenta utilizada para o desencadeamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As tecnologias aliadas a educação em saúde oferecem suporte necessários a discussão para o autocuidado de pacientes idosos com planejamento de alta hospitalar, visto que oferece conhecimento e empoderamento de suas capacidades afim de compreender as suas necessidades humanas básicas (Pinheiro, et al., 2016).

O autocuidado é considerado um componente integral da gestão das doenças crônicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade. Permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para debelar esses sintomas, minimizando-os e maximizando a saúde. Assim, o autocuidado integra não apenas a capacidade de cuidar de si próprio, mas também o desempenho de atividades indispensáveis para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima (Galvão & Janeiro, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais.

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A previsão para o ano de 2043 discorre para que, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. A partir de 2047 a população deverá parar de aumentar contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparado aos grupos mais jovens da população (IBGE, 2019).

Brasil (2018) afirma que à medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, dentre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração.

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do tempo de forma progressiva, marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social que varia de indivíduo para indivíduo, tendo em conta que as pessoas não envelhecem da mesma forma e muitas vezes geram sentimentos de dependência e inutilidade (Soares & Dias, 2017).

Diante desse cenário de mudança demográfica e de perfil de saúde da população idosa têm acarretado grandes impactos para a sociedade e, conseqüentemente, as demandas de ações de saúde também têm se alterado. Ressalta-se que as doenças crônicas exigem intensa atuação dos cuidadores familiares, terapias adequadas, acesso aos serviços de saúde e ações integradas que possam auxiliar e virem a ser efetivas no tratamento do indivíduo doente (Silva, 2019).

O envelhecimento da população mundial é um fato recente, universal e inexorável. O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos, tem profundas conseqüências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Conseqüentemente, constata-se o surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde (Veras, 2019).

As modificações de senescência e senilidade afetam as ações de autocuidado. Desse modo, os idosos, sobretudo os hospitalizados, necessitam de orientações multiprofissionais adequadas para o fortalecimento de sua autonomia (Delatorre, et al., 2013).

Souza, et al., (2014), relata que os idosos são os maiores usuários dos serviços de saúde e exibem maior frequência de internações hospitalares, bem como tempo de permanência mais prolongado. Eles utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo elevados custos, implicando tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complexa.

O período após a alta hospitalar é um momento de desafios para pacientes e familiares, pois encontram dificuldades na realização das atividades diárias e dúvidas quanto ao gerenciamento do autocuidado (Weber et al., 2019).

A transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio é uma importante estratégia para evitar readmissões hospitalares, uma vez que contribui para a coordenação e a continuidade dos cuidados, minimizando os eventos adversos e as demais complicações pós-alta. Ações realizadas incluem o planejamento de alta, a educação em saúde a promoção do autogerenciamento dos cuidados, as orientações sobre as medicações e a articulação com a rede de saúde (Weber et al., 2019).

Nos estudos de Costa, et al., (2020) apontou que a comunicação da alta está sob a responsabilidade da equipe multiprofissional, com destaque para médicos e enfermeiros hospitalares, sendo, estes últimos, os que assumem o contato e transmissão das informações aos profissionais da atenção primária.

Para Delatorre, et al., (2020), durante as hospitalizações, pacientes e cuidadores precisam receber orientações adequadas a fim de limitar incapacidades, danos, evitar internações subsequentes assegurar a melhoria da qualidade.

A continuidade do cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde. Para alcançar melhor qualidade de vida dos idosos exige envolvimento e comprometimento dos profissionais de saúde, gestores, usuários e familiares/cuidadores, a julgar pela preservação da integralidade da assistência à saúde (Utzumi, et al., 2018).

Diante do processo de acolher, cuidar e educar, o planejamento de alta hospitalar para o domicílio é fundamental para garantir o prosseguimento e a qualidade do cuidado (Weber et al., 2019), visto que a alta, pode gerar um sentimento ambíguo para paciente, familiares e/ou cuidadores, pois se tem uma mistura de sentimentos de felicidade e insegurança (Lopes, et al., 2019).

Relevante parcela da população idosa, após a alta, apresentam algum grau de limitação e os familiares, na maioria das vezes, não estão preparados para o enfrentamento dessa situação, tornando-se imprescindível o apoio do Estado aos familiares (Rotilli, et al., 2017).

O envelhecimento associado à dependência leva à necessidade de substituição em alguns autocuidados, que normalmente são assumidos por um familiar. Esse papel envolve múltiplas responsabilidades que podem provocar sobrecarga, quando as necessidades desse familiar não são atendidas (Silva, 2019).

Os enfermeiros apresentam-se como profissionais estratégicos tanto na gestão de recursos como na coordenação do cuidado, estando presente em todo o processo de planejamento alta hospitalar e da continuidade do cuidado. A sua contribuição compreende práticas de integração, transição e de ligação, atendendo não somente a um princípio do SUS, mas também ao direito do cidadão de ser atendido nas suas necessidades de saúde individuais e coletivas (Bernardino, et al., 2021).

Este profissional presta orientações efetivas, que favorecem o uso correto das medicações e o gerenciamento do autocuidado, aumentando a adesão ao tratamento e reduzindo a taxa de reinternação hospitalar (Santos et al., 2020).

No período de hospitalização é a equipe de enfermagem quem realiza os procedimentos com o paciente, no entanto, no retorno para o lar ocorre à transição do cuidado, é nesse momento que o familiar assume a responsabilidade do cuidar, para muitos, a tarefa torna-se complexa diante da falta de conhecimento e habilidades, causando sentimentos de temor e insegurança. Portanto torna-se necessário que antes da alta hospitalar o profissional enfermeiro aborde estratégias para que a continuidade da assistência no domicílio seja realizada de forma eficiente e precisa (Storti, 2013).

A motivação inicial para esta pesquisa surgiu durante a prática profissional no serviço de clínica médica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). O setor de clínica médica da referida instituição caracteriza-se pelo contínuo atendimento a usuários, em grande parte, idosos e com a presença de comorbidades e / ou doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, fato que corrobora para o surgimento de dúvidas e dificuldades de pacientes e familiares para com os cuidados a serem aplicados nas mais diversas áreas de saúde.

Inquietação e preocupação surgem no profissional / pesquisador a partir do momento em que passa a ouvir relatos de pacientes, cuidadores e/ou familiares sobre dificuldades na adaptação a rotina, ao acompanhamento de saúde, dúvidas e inseguranças quanto ao autocuidado pós-hospitalar.

O planejamento da alta hospitalar com ênfase no autocuidado para pacientes idosos é um aspecto complexo da assistência. Contudo, mediante a prática assistencial na clínica médica, foi possível observar que estas ações não têm sido

priorizadas e documentadas dentre as atividades que estão sob a responsabilidade do enfermeiro. Sendo também um tema pouco abordado junto aos estudantes de graduação e ou em pós-graduações em enfermagem.

A prática clínica assistencial do profissional de enfermagem no serviço de clínica médica é sobrecarregada, devido a múltiplas funções administrativas e ao grande número de atendimentos assistências realizadas rotineiramente no plantão, fato que corrobora para a ocorrência de falhas no processo de planejamento da educação para o autocuidado do paciente ainda hospitalizado e também no momento de alta hospitalar.

Dessa forma, familiares e pacientes acabam não tendo atenção necessária para suprimir suas indagações e dúvidas. E também, diante desse cenário, a instituição não possui estudo da temática e um instrumento formal que facilite e ou auxilie o profissional, familiares e paciente neste processo de acompanhamento, orientação e planejamento da alta hospitalar para o domicílio.

O desafio mostra a necessidade de se implantar uma tecnologia / instrumento de atendimento aos idosos dependentes após a alta hospitalar, a fim de situar e subsidiar o idoso no contexto de cuidados, apoiar familiares e cuidadores e prevenir intercorrências clínicas no domicílio e novas internações.

Mediante as considerações prévias, este estudo se norteou pela seguinte questão: a implantação de tecnologia educativa para orientações do autocuidado pelo familiar / cuidador e idoso após a alta hospitalar, pode impactar positivamente na saúde do idoso dependente? O presente estudo tem como objetivo construir uma cartilha educacional para orientação de autocuidado a pacientes idosos na alta da clínica médica para o domicílio.

## 2. Método

A pesquisa-ação tem por finalidade possibilitar aos sujeitos da pesquisa, participantes e pesquisadores, os meios para conseguirem responder aos problemas que vivenciam com maior eficiência e com base em uma ação transformadora. Ela facilita a busca de soluções de problemas por parte dos participantes, aspecto em que a pesquisa convencional tem pouco alcançado (Thiollent, 2018).

O mesmo autor relata que a principal característica da pesquisa-ação, é a de ser um processo que se modifica continuamente em espirais de reflexão e ação, onde cada espiral inclui: diagnosticar uma situação prática ou um problema prático que se quer melhorar ou resolver; formular estratégias de ação; desenvolver essas estratégias e avaliar sua eficiência; ampliar a compreensão da nova situação e proceder aos mesmos passos para a nova situação prática.

Mediante o contexto apresentado acima, essa metodologia facilitou a produção de conhecimento específico sobre a realidade apresentada pelos participantes da pesquisa e contribuiu para a produção do produto tecnológico desenvolvido no estudo, mediante esse feedback criado entre pesquisador e os participantes da pesquisa para as principais dificuldades juntas encontradas.

A pesquisa faz parte da conclusão da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Saúde na Amazônia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (PPGGSA / FSCMP). Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem quanti-qualitativa desenvolvida na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), localizada na Região Metropolitana de Belém-PA, essa unidade é referência na área materno-infantil, contudo atende diversas especialidades em caráter ambulatorial e de internação hospitalar. Elegeram-se, como campo de pesquisa os setores de internação de clínica médica, as quais constam 02 enfermarias contendo 32 leitos de internação, atendendo pacientes de ambos os sexos. A população alvo do estudo foram 84 pacientes idosos com déficit no autocuidado, internados na clínica médica em processo de alta para o domicílio e / ou cuidador familiar responsável pelo idoso. Os critérios de inclusão foram: a partir da faixa etária de 60 anos; cuidador / familiar acima de 18 anos; internado na clínica médica do hospital da pesquisa com previsão de alta em 48 horas; apresentar déficit no autocuidado (pontuação acima de 5 na escala CADEM); ter condições cognitivas para responder

aos questionamentos; aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para os critérios de exclusão constam: pacientes com idade inferior a 60 anos; sem previsão de alta; independentes no autocuidado (pontuação até 5 na escala CADEM); pacientes/ cuidador / familiar com declínio cognitivo e incapacidade de compreender os questionamentos; pacientes / cuidador / familiar que não assinaram o TCLE e prontuários que encontravam-se ilegíveis e com informações incompletas. Para coleta de dados foi realizada a aplicação do instrumento de autoria própria do autor deste estudo de perguntas abertas e fechadas, no período de outubro de 2021 a fevereiro de 2022, composto por quatro tópicos norteadores: I) Identificação/dados sócio-demográficos, econômicos e clínicos; II) Dados da internação; III) Avaliação da capacidade para o autocuidado (escala CADEM); e, IV) Percepções sobre a alta hospitalar e dificuldades no autocuidado. Apenas as respostas do item IV foram gravadas em voz, para facilitar e agilizar o processo de entrevista. Para tal, o uso de equipamento de mídia gravador de voz foi necessário. A entrevista foi realizada individualmente, no ambiente hospitalar de origem do paciente (enfermaria) tendo a duração necessária para que cada participante pudesse responder com clareza e conforme vontade própria foi gravada em áudio e transcrito com objetivo de realizar a análise de conteúdo. As entrevistas foram transcritas analisadas e processadas segundo a análise de conteúdo do método de Bardin. Para as variáveis quantitativas, a partir dos dados coletados, foi construído um banco de dados em planilha do Excel Microsoft 2011. As análises estatísticas foram processadas por meio do programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 22.0, passando por dupla checagem da informação para minimizar chances de erros. Para caracterização da amostra e análise descritiva das variáveis, os dados sociodemográficos e epidemiológicos foram sintetizados em distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%) e apresentadas em formas de tabelas.

O estudo foi conduzido com base nos princípios éticos de pesquisa que envolve seres humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMP (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, número 5.012.088). Os sujeitos abordados para esta pesquisa participaram do estudo após serem devidamente esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos deste, bem como sobre a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3. Resultados e Discussões**

Os dados disponíveis fazem parte da coleta de dados realizada na FSCMP. A partir dos resultados da investigação de campo oportunizou reflexões sobre a temática dos pacientes idosos que se enquadram no estudo. Foram descritas as características da amostra, as análises do instrumento de coleta e a análise da categorização das entrevistas de pacientes e cuidadores.

Para coleta de dados sociodemográficos avaliou-se a orientação no tempo e no espaço dos idosos, caso o idoso apresentasse déficit cognitivo ou não conseguisse responder todas as perguntas, estas questões foram respondidas pelo cuidador. Os dados sociodemográficos dos pacientes que participaram da pesquisa estão descritos na Tabela 1 a seguir:

**Tabela 1** – Perfil Sociodemográfico de pacientes idosos internados na FSCMP. Belém, Pará, Brasil, 2022

VARIAVEIS SOCIODEMOGRAFICAS	N	(%)
<b>Distribuição dos idosos quanto ao sexo</b>		
Masculino	56	66,67%
Feminino	28	33,33%
<b>Distribuição dos idosos quanto à faixa etária</b>		
65 a 69	36	42,85%
70 a 74	25	29,76%
75 a 79	15	17,86%
80+	08	9,53%
<b>Distribuição dos idosos quanto à renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	45	53,57%
Até 2 salário mínimo	30	35,72%
Até 3 salário mínimo	09	10,71%
<b>Distribuição dos idosos quanto ao estado civil</b>		
União estável	28	33,33%
Casado	24	28,57%
Viúvo	18	21,43%
Divorciado	14	16,67%
<b>Distribuição dos idosos quanto à escolaridade</b>		
Ensino fundamental (incompleto e completo)	52	61,91%
Ensino médio (incompleto e completo)	23	27,38%
Ensino superior (incompleto e completo)	09	10,71%
<b>Distribuição dos idosos quanto à raça</b>		
Negro	18	21,43%
Pardos	66	78,54%
<b>Distribuição dos idosos quanto à profissão</b>		
Aposentados	35	41,67%
Autônomos	32	38,10%
Do lar	17	20,23%

Fonte: Pesquisa de campo FSCMP /2022.

### 3.1 Caracterizações da amostra

Notou-se que, a maior parte da amostra dos idosos foi constituída por pacientes do sexo masculino (66,67%), predominou a faixa etária de 65 a 69 anos (42,85%), renda familiar de até 01 salário mínimo (53,57%), união estável (33,33%), grau de escolaridade do ensino fundamental (61,91%), declaram ser pardos (78,54%) e aposentados (41,67%).

Nos estudos de Gomes, et al., (2017) conclui que através da identificação do perfil dos idosos no momento da admissão hospitalar e suas necessidades de cuidados de enfermagem, torna-se possível estabelecer uma assistência de melhor qualidade.

Brasil (2021) relata, que, homens e mulheres acima de 60 anos representam aproximadamente 14,26% da população brasileira. Segundo projeções do IBGE, em 2060 os idosos devem chegar a ser aproximadamente um terço dos brasileiros (32,2% da população). E ainda, a expectativa de vida dos brasileiros cresceu de 45,5 (1940) para 76,6 anos de idade (2019).

Nos estudos de Gomes, et al., (2017) predominaram idosos viúvos (as) (44,9%), sexo feminino, com 60-70 e a baixa escolaridade. O mesmo autor verificou também a predominância de idosos com renda mensal individual de um salário mínimo, idosos que não exerciam atividade profissional e tinham renda proveniente de aposentadoria dentre os que trabalhavam a principal atividade era dona de casa.

Pereira (2020) corrobora com os resultados onde nota-se em seu estudo o predomínio de idosos do sexo masculino com uma faixa etária de 60 a 64 anos e a procedência dos recursos financeiros provenientes, predominantemente, de aposentadoria corroborando com estudo entre idosos hospitalizados. Atualmente, as aposentadorias e pensões são reconhecidas como as principais fontes de renda da população idosa brasileira.

A pobreza nessa faixa etária é um desafio mais grave, na medida em que, em geral, aumentam os custos com o tratamento de problemas de saúde e cuidados especiais. Cada vez mais os idosos têm se tornado a pessoa de referência da família, ou seja, aquela responsável pelas despesas com habitação, como aluguel, condomínio, entre outros custos. A porcentagem de pessoas com mais de 60 anos que são referências na família cresceu mais de 50% entre os anos de 2001 e 2015, tendo aumentado de 5,88% para 9,2% (Brasil, 2021).

Na assistência hospitalar, a idade é um indicador que determina a assistência. Para o idoso há critérios etários que normatizam seu atendimento, visto que a identificação de suas reais necessidades de atenção recai às características peculiares da sua fase de senescência para além de sua condição de agravo que exigiu a hospitalização. Isso exige a quebra de paradigmas e a proposição de formas de atendimento diferenciadas e integrais, de modo que os profissionais da enfermagem devem estar atentos às expectativas dos idosos, à complexidade e magnitude dessa etapa vital para concretizarem a essência do cuidado (Sanguino, et al., 2018).

Para Sanguino, et al., (2018) o idoso é diferenciado em relação às modificações próprias da sua idade. Algumas dessas diferenças em relação a outras faixas etárias dizem respeito ao declínio sensoriais e cognitivos que devem ser considerados porque influenciam no cuidado. Essas particularidades implicam em cuidado qualificado.

Brasil (2014) corrobora em relatos que a pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento.

Brasil (2021) afirma que nos últimos anos, a condição dos idosos no contexto familiar tem se modificado. Quanto à situação conjugal, o número de idosos casados caiu de 55% em 2006 para 52% em 2020, enquanto os desquitados, divorciados e separados aumentaram, assim como os solteiros e viúvos.

Os achados na pesquisa atual corroboram com estudos recentes da temática. A análise desses dados é de fundamental importância para evidenciar as características e padrões da população do estudo a fim de proporcionar informações e base para ações holísticas sejam individualmente ou em grupos.

Conhecer o perfil epidemiológico do público em estudo atendido é fundamental para implementar estratégias e aumentar a eficácia de ações de prevenção e promoção e tratamento da saúde dos indivíduos. Ao realizar esse mapeamento dos pacientes é possível avaliar a situação e identificar os pontos críticos que precisam de solução imediata. Dessa forma, as ações podem focar nos problemas de forma pontual, facilitando o trabalho dos profissionais e contribuindo para a melhoria da saúde do público em questão. Nesse contexto, os dados epidemiológicos dos pacientes que participaram da pesquisa estão descritos na Tabela 2 a seguir:

**Tabela 2** – Perfil clínico - epidemiológica de pacientes idosos internados na FSCMP. Belém, Pará, Brasil, 2022.

VARIAVEIS CLINICO E EPIDEMIOLOGICO	N	(%)
<b>Distribuição dos idosos quanto ao tempo de internação</b>		
Até 19 dias	15	17,85%
20 a 29 dias	41	48,81%
30 a 39 dias	16	19,05%
Mais de 40 dias	12	14,29%
<b>Distribuição dos idosos quanto à quantidade de medicações</b>		
Polifarmácia	65	77,38%
Dificuldade mobilidade	58	69,05%
Banho assistido	52	61,91%
Ulceras / feridas	29	34,53%
Sonda nasointestinal	21	25,00%
Banho no leito	18	21,43%
Restrição ao leito	18	21,43%
Ostomias	09	10,71%
<b>Distribuição dos idosos quanto à classificação de CADEM</b>		
10 a 15 pontos	32	38,10%
16 a 20 pontos	39	46,43%
21 a 25 pontos	13	15,47%
<b>Distribuição quanto aos distúrbios associados</b>		
Diabetes Mellitus	45	53,57%
Hipertensão arterial	58	69,05%
Cardiopatias	33	39,29%
AVC	32	38,10%
Hepatopatia	25	29,76%
Nefropatia	19	22,62%
<b>Distribuição quanto à impressão diagnóstica de internação</b>		
Doença do sistema Digestivo	36	42,85%
Úlcera por pressão / Lesão	28	33,33%
Doença do sistema Respiratório	24	28,57%
Doença do sistema Geniturinário	16	19,05%
Neoplasia	09	10,71%

Fonte: Pesquisa de campo FSCMP /2022.

A Tabela 2 mostra que a maioria dos idosos possuem um tempo prolongado de internação sendo 33,34% superiores a 30 dias. A grande parte dos idosos apresenta necessidade de algum cuidado regular após alta hospitalar, sendo 77,38% são considerados polifarmácias com uso de mais de 05 medicações diárias, 69,05% com algum grau de dificuldade na mobilidade, 61,91% necessitam de banho assistido, 34,53% cuidados com úlceras / feridas, 25,00% cuidados com sonda nasointestinal, 21,43% banho no leito, 21,43% restrição ao leito e 10,71% cuidados com ostomias. Segundo a avaliação dos idosos para escala de CADEM, 46,43% dos idosos apresenta dependência importante e 15,47% apresentam alta dependência para a realização dos cuidados.

Os idosos apresentaram distúrbios de saúde associados e dentre os mais achados foram diabetes mellitus (53,57%), hipertensão arterial (69,05%), cardiopatias (39,29%), acidente vascular cerebral (AVC) (38,10%), hepatopatias (29,76%) e nefropatias (22,62%). Quanto à impressão diagnóstica de admissão, evidencia-se doença do sistema digestivo (42,85%), ulcera por Pressão (33,33%), doença do sistema respiratório (28,57%), doença do sistema geniturinário (19,05%) e neoplasia (10,71%).

Para Brasil (2014) a hospitalização e o tempo de permanência em internação também devem ser avaliados com bastante atenção, pois podem provocar ou agravar processos de declínio funcional na pessoa idosa.

A hospitalização, no idoso, representa um momento de fragilidade e de medo, além do sofrimento, da sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, dependendo de cuidados por parte de vários profissionais ligados à área de saúde. O idoso, durante a internação, além da patologia passa por situações estressantes. O ambiente hospitalar leva a uma ruptura drástica com o seu cotidiano, com as suas relações familiares e sociais, o que acaba afetando sua identidade (Soares & Dias, 2017).

As taxas de internação hospitalar tendem a ser maiores em idosos. Levando em consideração que a duração da hospitalização nesse grupo é maior, os impactos da internação podem agravar complicações de saúde de modo a reduzir capacidade funcional o que prejudica a qualidade de vida. Fatores que contribuem com o aumento do período de internação nesse público são: poli medicação, inúmeras patologias que podem propiciar complicações durante a internação como quedas, desidratação, úlceras por pressão, entre outros (Santos & Sousa, 2013).

Para Soares e Dias (2017), no hospital os idosos se encontram em um local estranho, ameaçador e são submetidos a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Além disso, no período de internação, muitas vezes é necessário que o idoso permaneça maior tempo em repouso e, em alguns casos, sofra limitações nos movimentos, levando à dependência e perda da autonomia.

Os cuidados prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. Têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia e/ou independência potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo (Brasil, 2018).

Corroborando com o assunto, Sanguino (2018) relata que o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas, somada à ocorrência de duas ou mais doenças concomitantes em idosos, têm sido consideradas responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia e dependência em idosos, o que dificulta a assistência pelos profissionais de saúde a esses indivíduos em situação de internação hospitalar.

Para Soares & Dias (2017) a limitação funcional torna o idoso impossível de realizar atividades simples da sua vida diária, como por exemplo, alimentar-se, vestir-se e fazer a sua higiene pessoal, bem como controlar suas eliminações fisiológicas, tornando-o frágil, dependente e debilitado, o que pode levar a uma hospitalização.

É fundamental identificar condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à capacidade funcional. A perda da funcionalidade contribui significativamente para o comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, de seus familiares e cuidadores. Tanto que representa o condicionante mais importante de desfechos desfavoráveis na pessoa idosa, como hospitalização, institucionalização e morte, com grande impacto social e econômico (Brasil, 2014).

O declínio funcional do idoso ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde, que se traduzem em síndromes geriátricas, tais como: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência

e iatrogenia, que requerem conhecimentos à luz dos fundamentos da gerontologia, habilidades e atitudes dos profissionais da saúde, bem como ações específicas não contempladas pelas redes existentes.

Para Veras (2019), ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional. Assim, o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade. O conceito de saúde deve estar claro no idoso; não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde.

No Brasil, 30,1% das pessoas com 60 anos ou mais apresentam limitação funcional, definida pela dificuldade para realizar pelo menos uma entre dez atividades básicas ou instrumentais da vida diária (Costa, 2020).

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas cotidianas no ambiente onde vivemos, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo. A perda de capacidade para a realização de atividades fundamentais para a vida diária indica um processo de declínio funcional. O declínio funcional guarda certa hierarquia: primeiramente a pessoa apresenta dificuldades para realizar as atividades mais complexas para, depois, experimentar dificuldades na realização das atividades mais básicas da vida diária (Brasil, 2018).

A abordagem à pessoa idosa, não se restringe a uma ação relacionada a uma doença, ou grupo de doenças e agravos. A atenção às pessoas idosas considera, principalmente, a limitação funcional, e o nível de dependência de familiares ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades de vida.

Soares & Dias (2017) constatam que no decorrer dos seus estudos que o enfermeiro e a família juntos nos cuidados são de extrema importância no desenvolvimento da independência, autonomia e na realização das necessidades básicas do idoso. Nesta ótica o enfermeiro atua com medidas de promoção, proteção e identificação precoce de seus agravos, intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua exclusão do convívio familiar.

As equipes de saúde devem ficar atentas a alguns sinais de alerta ou condições crônicas de saúde que podem provocar ou agravar o declínio da capacidade funcional da pessoa idosa, comprometendo a sua autonomia e/ou independência para a realização das AVD e, por conseguinte, sua qualidade de vida (Brasil, 2018).

Para Veras (2019) envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição de sua participação social.

As principais doenças crônicas que acometem os idosos são: doenças cardiovasculares, diabetes, asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Com o aumento da expectativa de vida passou a fazer parte dessas doenças vários tipos de câncer, HIV, AIDS, distúrbios psiconeurológicos como (depressão, demência, esquizofrenia) e deficiências e artrose, muitas dessas doenças crônicas estão relacionadas com o envelhecimento e hábitos de vida, e são responsáveis por grande representatividade nos gastos públicos (Veras, 2019).

Brasil (2014) relata que a maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Para Veras (2019) é esperado que a prevalência geral de doenças crônicas cresça, pois estas são mais frequentes neste grupo etário. Deste modo, não se deve conferir ênfase aos programas de saúde que tenham como objetivo a cura e a sobrevivência; deve-se mudar para a melhora do estado funcional e do bem-estar.

As doenças crônicas aumentam a complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados, exigindo mudanças na atuação profissional, nas qualificações e nas configurações dos cuidados. As mesmas representam atualmente um problema global, com características especiais que as diferenciam expressivamente das condições agudas, tendo também natureza complexa, sejam em relação a seus fatores etiológicos ou condicionantes, seja nos determinantes sociais e também nas

repostas necessárias por parte dos sistemas e serviços de saúde (Goulart, 2018). O mesmo autor ainda cita que, as condições crônicas são a principal causa de doença, morte e incapacidade em todo o mundo, independente da renda e das características sociais e culturais dos países.

Nesta ótica percebe-se que o número de hospitalização entre os idosos aumenta considerável e proporcionalmente ao crescimento de doenças crônico-degenerativas. Essas condições crônicas apresentadas, na grande maioria das vezes, de forma simultânea interferem na qualidade de vida dos idosos e, quando não adequadamente acompanhadas, tendem a ocasionarem complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia dessas pessoas (Brasil, 2018).

A maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, as multimorbidades, a dinâmica das condições de independência e autonomia, as limitações funcionais, implicam uma perspectiva de cuidado de longa duração, a qual traz para os sistemas de saúde – público e de assistência suplementar – demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e de internação (Brasil, 2018).

Estudo de Gomes, et al., (2017) em idosos corrobora com os achados dessa pesquisa os diagnósticos médicos mais frequentes, classificados segundo o CID-10 foram: doenças do aparelho respiratório, geniturinário, digestivo, da pele e do tecido subcutâneo e do sistema nervoso.

Da mesma forma, nos estudos de Parreira (2018) cita que entre os motivos de internação de idosos em ambiente hospitalar, os de maiores destaques foram neoplasias, doenças cardiovasculares e doenças relacionadas ao aparelho respiratório em mulheres.

Para Brasil (2014) o idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado.

### **3.2 Percepções sobre a alta hospitalar e dificuldades no autocuidado**

Neste tópico apresenta-se a análise qualitativa dos dados obtidos dos cuidadores, familiares e/ou idosos dependentes, visando à compreensão de sentimentos na alta hospitalar e as dificuldades na continuidade dos cuidados no domicílio desses idosos.

Os achados dos estudos de Silva, Monteiro & Santos (2015) apontam que as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores familiares estão relacionadas à falta de informações e orientações. Vale ressaltar que as orientações deveriam ser realizadas antes da alta hospitalar, para que o cuidador se sentisse mais seguro e apto para realizar os cuidados com seu ente no domicílio.

Brasil (2018) relata que existem pessoas idosas com diferentes graus de dependência de terceiros para a realização de suas atividades, há uma enorme parcela de indivíduos dessa população com suas capacidades preservadas e com grande participação na vida social, comunitária, política e cidadã.

Para organização e análise dos dados, utilizamos o método de análise de conteúdo proposta por Bardin. Para identificação dos participantes foi utilizada a codificação alfanumérica e as entrevistas foram registradas através de meio eletrônico para que, posteriormente, fossem feito o processo de categorização.

Quanto à compreensão da hospitalização e alta hospitalar, os significados que os sujeitos atribuíram foram classificados em categorias temáticas e três grupos.

#### **A - A importância do apoio familiar / cuidadores**

##### **Categoria 1- A necessidade de vários cuidadores**

*P1: “Aqui é difícil pra gente no revezamento com ela é só eu e mais duas pessoas para cuidar dela...”*

P2: “Sem duvida o ideal era que eu tivesse alguém mais pra me ajudar com ele... a única pessoa que me ajuda é minha irmã os outros filhos pouco se interessam...”

P3: “Eu fico muito sobrecarregada com ela, nos cuidados com ela...ela é muito dependente e ainda tenho que trabalhar...”

P4: “...quanto mais gente pra cuidar dele melhor, o problema vai ser em casa que os filhos não querem ajudar muito, é mais eu quem faço as coisas com ela...”

P5: “Graças a Deus não tenho problema em cuidar dela lá em casa todos ajudam um pouco e como podem...ate aqui todos se revezam pra vim pra acompanhar ela...”

Os idosos hospitalizados requerem atenção e cuidados específicos pela equipe de saúde para a resolução e adequado manejo dos problemas apresentados. Para tal, exige sensibilidade e preparo do profissional que presta o atendimento, bem como o apoio e suporte de cuidado familiar.

Pela nossa pratica cotidiana na atenção secundaria e hospitalar é comum observar nas famílias um único membro assumindo a maior parte da responsabilidade do cuidado com o idoso. São muitas as responsabilidades para o cuidador, algumas necessitarão de ajuda para realizá-las, outras poderão ser feitas sozinhas.

Geralmente, o sujeito que cuida é alguém da família, seja parente próximo ou distante, a ele cabe o papel de exercer o cuidado e ainda a responsabilidade de repassar informações sobre a saúde e bem-estar da pessoa cuidada para os membros da família. Cabendo também as responsabilidades de cuidar da casa, dos afazeres domésticos e de si próprio o que se torna cada vez mais difícil se levado em consideração o nível de dependência do idoso (Regis, 2012).

Um dos principais fatores delimitadores da escolha de quem será o cuidador é o gênero. Geralmente, a mulher é a pessoa escolhida para a tarefa de cuidar, visto que, historicamente ela traz o estereótipo de realizar tarefas domésticas, cuidar da casa e dos filhos e por esse motivo, seria “natural” que cuidasse também dos idosos. No entanto, sendo homem ou mulher, o cuidado familiar tende a se submeter a fatores que acarretam em sobrecarga física e mental, crises em família e o relacionamento com o idoso pode ser prejudicado (Ferreira et al., 2018).

Ao vivenciar a hospitalização o idoso sofre importantes alterações em seu estado de saúde, as quais podem favorecer a perda de autonomia e independência, assim como a diminuição da sua capacidade funcional, que o faz necessitar em grande parte de um cuidador permanente ou transitório (Bordin, et al., 2020).

O planejamento educativo para a transição dos cuidados deve incluir a avaliação das necessidades de aprendizagem dos pacientes e seus familiares, identificando suas limitações e dúvidas sobre como controlar a dor, a náusea, a constipação, problemas emocionais, dentre outros (Santos et al., 2020).

## **B – A manutenção financeira da família.**

### **Categoria 1 – O significado do trabalho e renda dos familiares**

P7: “A questão financeira é bem ruim eu trabalhava e ela também em casa, estamos parados por essa situação no hospital...”

P8: “Após a alta com ela assim não sei o que vamos fazer pra se sustentar...não tenho apoio de quase ninguém da família e preciso trabalhar...”

P9: “A filha dela já parou de trabalhar por causa dela, da situação dela no hospital, agora vamos ver como vai ficar após a alta...”

P10: “Hoje praticamente estamos só com a aposentadoria dela, não estou trabalhando pra cuidar dela e ainda tenho uma filha pequena em casa...”

P11: “...ele ajudava muito em casa, trabalhava na feira...mas agora com ele assim temos que viver só da minha aposentadoria...”

Nessa categoria, identificamos a carência de suporte social, relatada pelo familiar / cuidador, evidenciando a carência de auxílios e rendas formais para garantir o suporte ao paciente no domicílio. Referem principalmente déficit financeiro e material, bem como o medo de como enfrentar, talvez a nova realidade com uma pessoa dependente no domicílio.

Nos estudos Reis & Trad (2015) verificaram que a presença do idoso dependente afeta diretamente as relações familiares, independentemente de classe social, uma vez que as famílias não estão preparadas para conviver com a dependência física e a necessidade de alteração da rotina familiar em prol de um único membro. Dessa forma, que o suporte social à família de idosos dependentes é precário, já que as famílias não desfrutam de suporte social formal.

O autor ainda conclui que nas famílias de classe média, o suporte social, embora insuficiente, ainda é melhor que nas famílias de baixa renda, pois desfrutam de transporte próprio e recursos financeiros que lhes permitem a realização de atividades.

Heldler, et al., (2016) observa que no âmbito da vida profissional, os que trabalham fora de casa, tendem a falhar tanto nas tarefas do cuidado com o idoso quanto no desempenho profissional (atrasos frequentes, faltas etc.). Em alguns casos, em virtude da dificuldade em conciliar a tarefa de cuidador e de profissional fora de casa, há tendência a diminuir sua carga horária no trabalho ou mesmo deixar o emprego, o que pode acarretar dificuldades financeiras para o cuidador e sua família.

O mesmo autor constata em seus estudos que na maioria das vezes, quando tem uma pessoa idosa com dependência funcional, a família é obrigada a assumir a tarefa do cuidar, pois não dispõe de recursos financeiros para contratar o cuidador formal, bem como outros aparatos necessários ao cuidado da pessoa idosa.

Sabe-se que todo tipo de suporte formal ou informal (amigos, família e comunidade) é importante para a adesão a propostas terapêuticas direcionadas à promoção da saúde do idoso, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao idoso.

## **C – Cuidados gerais referidos de autocuidado.**

### **Categoria 1 – Cuidados relacionados a mobilidade e higiene**

*P1: "...ela é totalmente acamada depende total de nós o banho dela , a limpeza depois de fazer coco e urinar...ai já viu agente ver como pessoal faz aqui mas não é a mesma coisa de fazer com a mão na massa.."*

*P2: "Tenho muito receio na hora do banho, aqui agente ver ajuda a por no banheiro, mas la em casa sozinha é que vai ser o problema..."*

*P3: "São inúmeros na verdade...primeiro a mobilidade devido ela ser grande..."*

*P9: "A locomoção, devido a dificuldade de andar ...temos muitas escadas em casa é de gente pobre ne..."*

*P13: "Eu não ando direito acho que vai ser ruim la em casa depois da alta, como vou fazer as minhas coisas..."*

*P15: "Banho no leito não é comigo definitivamente vou deixar para as minhas irmãs..."*

Nessa categoria observa-se a fala e a descrição do declínio de mobilidade de pacientes idosos associando-se a dificuldade na higienização. A redução parcial ou total da capacidade de realizar atividades do dia a dia, como transferências no leito, do leito para cadeira e locomoção é contatada e vista como grande apreensão de um possível cenário desconhecido.

Nos estudos de Bonelli, et al., (2015) demonstram que as dificuldades mais mencionadas pelos cuidadores e idosos foram as que requerem força física como: banho, locomoção do paciente, troca de vestuário, movimentação do paciente no leito, técnicas de transferência, e de mobilização. Tais dificuldades foram justificadas dependendo do nível de dependência de cada paciente, quanto maior o comprometimento neurológico, maior a complexidade dos cuidados a serem realizados.

Nardi, et al., (2012) evidencia que a falta de infraestrutura no lar, torna a tarefa de cuidar ainda mais difícil, em virtude a adequação do espaço físico do ambiente, principalmente para o uso de cadeiras de banho, cadeiras de roda, o que pode resultar em acidentes domésticos para o idoso e para o cuidador que necessita de maior esforço físico para realizar os cuidados.

Quanto à mudança de decúbito, à descompressão local, ao reposicionamento de pessoa sentada ou em cadeiras de rodas e à elevação dos MMII, também foram ações poucos efetivadas pelos pesquisados. Estudos apresentam que a mudança de decúbito é uma conduta importante para a prevenção de UP, que deve ser realizada a cada duas horas em indivíduos acamados. Essas são importantes para diminuir-se o risco (Nardi, et al., 2012).

No ambiente hospitalar, busca minimizar esse declínio é uma das metas da equipe multiprofissional, pois mobilidade reduzida está associada a diversos desfechos negativos, ao longo do tempo em idosos. Para o ambiente domiciliar, o familiar / cuidador necessita de orientação e treinamento para a mobilização correta e cuidados na movimentação do idoso dependente, a fim de evitar possíveis complicações advindas da inatividade.

### **Categoria 2 – Cuidados relacionados a feridas e úlceras por pressão**

*P1: “Ela tem algumas feridas aqui estão fazendo e lá em casa ainda não sei quem vai fazer e o material quem vai fornecer...”*

*P4: “Tenho muito receio sobre a ferida da costa dele, ele nessa situação tenho medo que cresça mais e infeccione novamente...”*

*P15: “Acho que o maior problema vai ser com a ferida que ela tem atrás dela devido o material pra fazer...”*

*P16: “...principalmente no curativo não temos condições de fazer ou pagar alguém pra fazer e ainda tem os materiais...”*

*P17: “Com certeza a ferida na perna dela hoje é o que mais me preocupa se agente for de alta...”*

Apesar de inúmeras pesquisas realizadas, a úlcera por pressão (UP) tem sido motivo de extrema preocupação por parte dos profissionais da área de saúde, sendo que os profissionais da enfermagem têm um maior envolvimento no cuidado direto a esta patologia, pois o mesmo passa maior parte do tempo com os clientes hospitalizados.

Para Ferreira, et al., (2016) as úlceras por pressão (UP) podem ser consideradas problemas socioeconômicos pois o seu desenvolvimento representa um importante impacto financeiro para as instituições. Por isso, deve-se investir na prevenção, uma vez que os seus custos são inferiores aos do tratamento. O mesmo autor, ainda relata que idosos acamados e em uso das cadeiras de rodas, ou aqueles incapazes de se posicionarem, são mais propensos para a formação da UP, portanto devem receber atenção específica e sistemática a fim de evitar fatores adicionais de riscos que resultem em lesões nos tecidos. As medidas preventivas têm custos, porém os gastos com a hospitalização ou o prolongamento do tempo de tratamento das lesões são superiores.

Chayamiti & Caliri (2015) em seu estudo descritivo e transversal, realizado com 47 indivíduos atendidos em domicílio, em um Distrito de Saúde do Município de Ribeirão Preto, identificou que 76,7% tinham mais de 60 anos, e 91,5% eram dependentes de cuidadores. Dos 33 (70,2%), que apresentavam risco para UP, nove tinham UP (19,1%), com média de 1,8 lesões. A autora do estudo destaca que os serviços de saúde não podem transferir a responsabilidade do cuidado de pacientes acamados ou com restrição de mobilidade para as famílias. Enfatizou, também, que, muitas vezes, os cuidadores não estão preparados para assumir essa tarefa, necessitando de educação para o cuidado adequado.

Em outro estudo Moro & Caliri (2016) evidencia uma falha da assistência prestada durante a hospitalização já que a maioria dos pacientes (52,4%) tinha risco para a UP e necessitava de informações sobre ações para manejo dos problemas que os colocavam em risco. Evidencia-se a necessidade de melhorar as orientações para o cuidado preventivo antes da alta hospitalar. A maior parte (56,52%) dos pacientes estudados continuava em risco para UP após a alta hospitalar e cinco (21,73) apresentavam lesões

As lesões por pressão podem causar inúmeras consequências físicas e psicológicas nos pacientes incluindo dor e sofrimento, sensação de abandono entre outros. Sendo assim, a enfermagem exerce um papel fundamental nos resultados positivos relacionados a estes pacientes, cabendo ao enfermeiro identificar precocemente estas lesões. Dentre os fatores que mais predispõe as lesões por pressão, além dos períodos prolongados no leito, pode-se citar a má nutrição, o edema e a umidade (Ferreira, et al., 2016).

### **Categoria 3 – Cuidados com gastrostomia, sondagens e alimentação**

*P1: "Ela esta dependente de sonda queria ter informação de como fazer a alimentação dela e como dar pela sonda..."*

*P3 "... o uso dessa sonda é complicado, aqui vejo que é pra alimentar ele e pra dá medicação..."*

*P18: "Acho que é com a alimentação ele não come direito, tem que ter orientação..."*

*P20: "Essa sonda aqui já entupiu imagina lá em casa, como vou fazer pra desentupir?"*

*P21: "Aqui eu vejo como é os cuidados que fazem na GTT, os enfermeiros limpam, passam a dieta e medicação...la em casa nos que vamos cuidar e que vamos fazer, até irmos de alta acho que vão nos falar como fazer isso tudo..."*

*P23: " A alimentação da mamãe por essa sonda que colocaram nela perto do estomago é que ainda não me falaram como vai ser..."*

Brasil (2012) relata complicações da terapia nutricional são comuns e podem ser classificadas em: anormalidades mecânicas, gastrointestinais, metabólicas, respiratórias, infecciosas e psicológicas.

Nos estudos de Libório et al. (2016) identificaram como principais desafios do cuidador em manipular a sonda enteral: medo de obstrução da sonda, principalmente pela lavagem incorreta da sonda após infusão de dieta enteral e/ou medicamentos, preocupação em relação a quantidade de dieta ofertada para o paciente e o cuidado para passar a alimentação no horário correto. Essas dificuldades também foram descritas em Brasil (2012) acrescentando ainda dificuldades em lidar com o cuidado da Terapia Nutricional em casa por cuidadores como dificuldade na aquisição da dieta, e também em relação às orientações devido à troca de prescrição da dieta enteral.

A alta do paciente para o domicílio requer uma estrutura de apoio adequada, orientação e assistência do cuidador / familiar, pois este deverá assumir a responsabilidade sobre as tarefas relacionadas ao preparo e administração da dieta e cuidados com o paciente e a sonda. Dessa forma, o cuidador / familiar necessita de orientação adequada durante a hospitalização no manejo desse tipo de atenção domiciliar, considerando a complexidade do cuidado destes indivíduos. Entende-se que para ser mais eficaz o cuidado para os pacientes com sondas para alimentação e administração de medicamentos, existe a necessidade de elaboração de umas matérias que aborde as especificidades de tal cuidado, que seria indicada como estratégia dentro do processo educativo do cuidador / familiar.

### **Categoria 4 – Cuidados com a prescrição médica e medicamentos**

*P2: "A receita do papai é imensa parece um jornal, o medo é trocar as medicações..."*

*P5: " A muito tempo a mamãe já toma muito remédios mais de seis que o medico do posto já tinha passado pra ela, aqui alguns trocou, mais que em casa vão ter que continuar ate mais de seis..."*

*P10: "Acho que alguns medicamentos mexe com a barriga dela...ela toma um pra cada coisa também né...é muito o que ela faz..."*

*P14: "A mamãe já conhece bem os remédios que usa, mas agora acho que vão trocar e aumentar outros...acho que é só ensinar ela direitinho como usar e a hora..."*

Nos estudos de Souza, et al., (2014) afirma que a administração da medicação é um fator que também preocupa os cuidadores, surgem dúvidas quanto aos horários da administração, para que serve a medicação, efeitos colaterais, e principais interações medicamentosas, vale ressaltar que a utilização e administração

Nos estudos de Araújo, et al., (2019) a maioria dos idosos organizam seus medicamentos por conta própria, e uma parcela significativa necessita de ajuda do acompanhante ou de outro membro da família, pois sentem dificuldades de entender a prescrição médica, pela sua idade ou até mesmo dificuldades da visão. Assim é importante que algum membro da família / cuidador esteja presente para auxiliar a fim de evitar que o idoso faça o uso incorreto da medicação.

O mesmo autor avaliou a quantidade de medicamentos que o idoso usa diariamente, e apontou uma média de 6,3 fármacos por pessoa, classificados como polimedicação ou polifarmácia. Quanto mais medicações forem usadas, maiores

serão os efeitos adversos e as interações estando os idosos sujeitos a problemas relacionados com o grande uso de medicamentos como o uso inadequado dos mesmos, causando possíveis complicações em sua saúde.

E ainda, constatou em sua pesquisa que os medicamentos mais utilizados pelos idosos são os anti-hipertensivos, antiagregantes plaquetários, hipoglicemiantes, além de analgésicos e antiinflamatórios não-esteroides. E mostrou que a maioria dos idosos adota medicações para mais de uma patologia, sendo de suma importância o uso correto para não causar sérias complicações.

Destaca-se que quanto maior o número de medicamentos em uso, maiores são as dificuldades para o uso correto dos medicamentos e adesão ao tratamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 50% de todos pacientes não utilizam a terapia medicamentosa corretamente e que a população idosa possui risco alto de problemas relacionados a medicamentos, devido a alterações fisiológicas provenientes do envelhecimento, associadas a incidência de múltiplas doenças crônicas e ao grande número de medicamentos consumidos.

### **3.4 O produto**

Apesar de todo o desenvolvimento científico e tecnológico dos últimos anos, destacou-se na literatura o uso de cartilhas informativas como estratégias educativas eficientes a serem utilizadas com idosos. Para Camacho, et al., (2013) as atividades desenvolvidas por meio dessas tecnologias educacionais buscaram atender a uma educação em saúde baseada em ações que reconhecem as verdadeiras necessidades, desejos e aspirações dos indivíduos assistidos.

Para que a cartilha cumpra seu objetivo, é necessário que se estabeleça um diálogo um feedback com seus leitores. Portanto, sua elaboração deverá considerar a utilização de uma linguagem (verbal e não verbal) que efetivamente se comunique com esse público-alvo. Ao elaborar a cartilha, os autores e ilustradores devem considerar o perfil socioeconômico e cultural dos leitores.

Nos estudos de Santos, et al., (2021) evidenciou a elaboração da cartilha como principal tecnologia educativa nas pesquisas utilizadas. Cartilha é um material educativo que possibilita ao paciente melhor compreensão acerca do problema de saúde vivenciado, auxiliando-o a refletir sobre seu estilo de vida e a desenvolver a capacidade de autonomia nos cuidados da saúde (Torres, et al., 2009).

Para Torres, et al., (2009), o uso de materiais educativos contribui para a melhora do nível de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e maior autonomia da pessoa, sendo capazes de permitir aos sujeitos refletirem sobre comportamento e ações que influenciam no seu padrão de saúde.

Acredita-se que o maior número para essa tecnologia educativa ser utilizada seja por ser criativa e atrativa e disseminar informações rapidamente, além de propiciar o alcance das metas dos pacientes, favorecendo a otimização do trabalho da enfermagem.

As competências profissional enfermeiro para atendimento aos idosos em conhecer as dimensões físicas, psicológicas e sociais do envelhecimento, discernindo o saudável do patológico, identificando fatores de risco para a saúde do idoso, desenvolvendo ações preventivas, para a autonomia do idoso, visando sua qualidade de vida são bases sólidas a este profissional para construção de um produto tecnológico coparticipativo aqui desenvolvido. Dessa forma, foi construído uma cartilha educativa com a participação do público alvo do estudo (cuidador / familiar / idoso), abordando seus principais anseios, medos e dúvidas relacionadas a cuidados no domicílio a paciente idosos com dependências pós alta hospitalar de forma objetiva, clara e harmônica.

#### 4. Conclusão

Nessa pesquisa, foi alcançado o objetivo do estudo na criação de uma cartilha educacional de orientação de autocuidado na alta da clínica médica para o domicílio e percebe-se a importância do debate e estudo ao tema autocuidado na área de concentração da enfermagem bem como a generalização do cuidado, não apenas restringindo ou segmentando a orientação de cuidado em abordagem específicas ou para cada patologia apresentado pelo paciente.

O enfermeiro apresenta importante papel no planejamento da alta hospitalar de pacientes idosos bem como é responsável pelas orientações ao autocuidado para as práticas domiciliares de pacientes e seus familiares pós-alta. É imprescindível iniciar o processo de orientações ao autocuidado ainda durante a hospitalização, a fim de proporcionar segurança e tratamento humanizado a pacientes e familiares.

As práticas e tecnologias educativas devem levar em consideração a realidade vivenciada pelo sujeito e o contexto no qual este se encontra inserido, além de considerar, respeitar e valorizar o saber prévio, a participação e a autonomia dos sujeitos, possibilitando que sejam supridas suas necessidades, carências, expectativas, anseios e dúvidas. Dessa forma, o trabalho de processos participativos baseados na troca de experiências e no contexto sócio econômico e cultural do indivíduo, proporcionará construção do saber democrático.

Para que o processo de orientação se concretize o profissional precisa desenvolver uma relação de comunicação verbal, interação e confiança com o cuidador / familiar / idoso. Para o sucesso nesse processo, a interação entre aquele que passa informação (profissional) e aquele que recebe essas informações, a comunicação deverá ser objetiva, clara e potencialmente assertiva ao receptor.

Paiva, et al., (2015) evidencia em sua pesquisa que a maioria dos cuidadores não recebem orientações no momento da alta hospitalar, e manifestam dúvidas em relação à fisiopatologia da doença, suas sequelas, e terapia medicamentosa.

Os estudos Oliveira, et al., (2017) foi identificado que muitos cuidadores não recebem informações sobre a patologia, suas sequelas e consequências, durante o internamento e nem orientações de como realizar os cuidados com o paciente no domicílio.

A cartilha pode tornar-se uma ferramenta válida a ser utilizada para a população em geral, extrapolando o campo de atuação da FSCMP, com o objetivo de informar, de maneira objetiva, os cuidados com a pessoa idosa dependente pós-alta hospitalar.

O uso da cartilha educativa contribui para a melhora do nível de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e autonomia da pessoa idosa. O produto do estudo apesar de ter sido desenvolvido em um hospital público, pode ser utilizado por qualquer cuidador/ familiar e idoso no Brasil e no mundo que apresente déficit de autocuidado, visto que, o instrumento é acessível e de fácil manuseio e reprodução, permitindo assim, melhorias na qualidade de vida do idoso.

A versão on-line da cartilha estará disponível ao público no acervo da Biblioteca da FSCMP e ainda será disponibilizada no formato e-book digital. Contudo, esforços estão sendo desenvolvidos para que a cartilha esteja institucionalizada e também esteja disponível na versão impressa para os pacientes da clínica médica da instituição.

Urge a necessidade de estudos e construção de mais tipos de produtos com tecnologias educativas que busque abranger a maior quantidade possível de orientações de autocuidado a pacientes idosos pós-alta hospitalar, visto que, a maior parte de idosos apresentam vulnerabilidades diversas em relação a sua saúde, sejam essas provenientes de fatores da própria patologia bem como das condições fisiológicas naturais.

Como indicação a nova pesquisa e estudo, sugere-se a partir da construção dessa tecnologia, a implantação na FSCMP de um grupo de estudo multi e interdisciplinar a fim de iniciar o debate sobre a formação do cuidador de idosos atendidos nesta instituição, com o objetivo de implantar um curso de formação para esse público, mantendo perspectiva de abranger também o público externo, sendo a partir dessa visão, se torna uma referência na área.

Por fim, entrega-se um instrumento educacional para orientar o autocuidado de pacientes idosos na alta da clínica médica para o domicílio, buscando assim garantir o cuidado contínuo e integral do paciente, a alta segura, prevenindo o surgimento de intercorrências no que tange o autocuidado no domicílio. Diante deste cenário, fica comprovada a necessidade das instituições em saúde criarem protocolos e materiais educativos de alta hospitalar, para minimizar o impacto na vida desses pacientes e da família.

### Agradecimentos e Conflitos de Interesse

A todos que participaram direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, em especial ao Programa de Pós-Graduação de Gestão e Saúde na Amazonia (PPGGSA) da Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) pelo incentivo e condução do processo ensino aprendizagem.

Não há conflito de interesse em relação ao artigo intitulado: “Tecnologia Educacional: orientação no autocuidado à pacientes idosos da alta da clínica médica para o domicílio”, submetido para apreciação da Research, Society and Development.

### Contribuições

Os autores contribuíram na construção científica do artigo, considerando suas diversas etapas.

### Referências

- Araújo, B.N. et al. (2019). Automedicação e uso inadequado de medicamentos na terceira idade. *Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA*, 8(1), 21-35. <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/6714>
- Bernardino, E. et al. (2021). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- Bonelli, M.A. et al. (2015). Acidente vascular cerebral: importância do conhecimento para cuidadores após a alta hospitalar. *Cuid Arte Enfermagem*, 8(1), 16-23.
- Bordin, D. et al. (2020). Auxílio à realização de atividades básicas de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos. *Ver SALUS- Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 2(2), 38-44. <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/59/46>.
- Brasil. (2014). *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*, 1. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxOQ==>
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*.
- Brasil. (2021). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Fatos e números idosos e família no Brasil*. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>
- Camacho, A.C.L.F. et al. (2013). Validação de cartilha informativa sobre idosos com demência: um estudo observacional-transversal. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental*, 6(1), 8-16. <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750621003.pdf>.
- Chayamiti, E. M. P. C. & Caliri, M.H.L. (2015). Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliar. *Acta paulista de enfermagem*, 23(1), 29-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100005>.
- Costa, A.F. et al. (2020). Quality of life and burden of caregivers of elderly people. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 29.
- Costa, M.F. et al. (2020) Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.
- Delatorre, P.G. et al. (2013). Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE*, 7(7), 151-9. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387>.
- Ferreira, C.R., Isaac, L. & Ximenes, V.S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 108-125. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223664072018000100007#:~:text=Pesquisadores%20apontam%20que%20a%20designa%C3%A7%C3%A3o,determinante%20na%20escolha%20do%20cuidador.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223664072018000100007#:~:text=Pesquisadores%20apontam%20que%20a%20designa%C3%A7%C3%A3o,determinante%20na%20escolha%20do%20cuidador.)
- Ferreira, J.D.L. et al. (2016). Ações Preventivas para Úlcera por Pressão em Idosos com Declínio Funcional de Mobilidade Física no Âmbito Domiciliar. *ESTIMA*, 14(1), 36-42. <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/118>.

- Galvão, M.T.L.S. & Janeiro, J.M.S.V. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225-230. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>.
- Gomes, N.C. et al. (2017). Necessidade de cuidados de enfermagem entre idosos hospitalizados. *Revista enfermagem Atenção Saúde*, 6(2), 65-76. <https://doi.org/10.18554/reas.v6i2.2219>.
- Goulart, F.A.A. (2018). Ministério da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*.
- Heldler, H.C. et al. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katál*, 19(1), 143-153. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>.
- IBGE. (2019). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
- Libório, E.L.F., Fietz, V.R. & Watanabe, E.A.M.T. (2016). Vivências dos cuidadores em relação à terapia nutricional enteral domiciliar. *Revista Labore Ensino de Ciência*, 1, 126-139. <https://periodicos.ufms.br/index.php/labore/article/view/5493>.
- Lopes, V.J. et al. (2019). Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar. *Revista de Enfermagem*, 13(4), 114-250. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a236850p1142-1150-2019>
- Moro, J.V. & Caliri, M.H.L. (2016). Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Escola Anna Nery*, 20(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160058>.
- Nardi, E.F.R. et al. (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 98- 105. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18864.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).
- Oliveira, L.S. et al. (2017). Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 11(9). <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/785>.
- Paiva, A. et al. (2015). A experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus cuidadores familiares. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 1.
- Parreira, A.A. (2018). *Assistência de enfermagem para idosos em internação hospitalar*. Trabalho de Conclusão de Curso em enfermagem – Uberlândia, Minas Gerais.
- Pereira, J.S.P., Pinto, J.M.O. & Castro, D.A.G. (2020). Intervenções de enfermagem ao idoso hospitalizado com risco de queda. *Revista Nursing*, 23(265), 4205-4212. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4205-4220>.
- Pinheiro, S.J. et al. (2016). Concepções das práticas de educação em saúde no contexto da formação em Enfermagem. *Rev RENE*. 17(4), 545-52. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400015.
- Reis, L.A. & Trad, L.A.B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(3), 28-41. São Paulo.
- Regis, G.C.C. (2012). *Estresse de cuidadores de idosos: uma avaliação na atenção primária a saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem-Mosoró, Rio Grande do Norte. <http://www.sistemasfacenem.com.br/repositorio/admin/acervo/b0f6218572f2c458e3477b2c06a77d7f.pdf>.
- Rotilli, J. et al. (2017). O idoso dependente no contexto familiar após a alta do projeto cuidados continuado integrado. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1470/1427>.
- Sanguino, G.Z. et al. (2018). O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: limites e particularidades. *Portal Regional da BVS*, 10(1), 160-166. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908431>.
- Santos, G. & Sousa, L. (2013). Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2), 7-25. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i1p7-25>.
- Santos, J.D.R. et al. (2021). Educational technology to guide self-care for elderly patients at hospital discharge to the home: An integrative review. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*, 9(2). <https://dx.doi.org/10.22161/ijaers.92.26>.
- Santos, T.L., Laprano, M.G.G. & Conceição, A.P. (2020). Orientações de alta hospitalar para o desempenho do autocuidado após a cirurgia cardíaca. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34(4). <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35284>.
- Silva, R.C.A., Monteiro, G.L. & Santos A.G. (2015). O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(45), 114-120. <https://doi.org/10.13037/ras.vol13n45.3114>.
- Silva, R.A.E. (2019). *Gestão do cuidado pelo cuidador familiar na atenção domiciliar ao idoso após a alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora – Minas Gerais. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/10664>.
- Soares, C.R. & Dias, J.S. (2017). *A interdependência dos cuidados de enfermagem e familiar à pessoa idosa hospitalizada no hospital João Moraes*. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem. Mindello.
- Souza, I.C.P. et al. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 164-172. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>.

Storti, L.B. (2013). Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto - Enferm*, 22(2), 452-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022>.

Torres, H.C. et al. (2009). O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 312-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200023>.

Thiollent, M. (2018). *Metodologia da pesquisa-ação*, 18. São Paulo: Cortez.

Utzumi, F.C. et al. (2018). Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto - Enferm*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.

Vasconcelos, M., Grillo, M.J.C. & Soares, S.M. (2018). Práticas educativas e tecnologias em saúde. *Núcleo de Educação em Saúde Coletiva*.

Veras, R.P. (2019). Guia dos Instrumentos de Avaliação Geriátrica. *Universidade Aberta da Terceira Idade*. <https://www.unatiuerj.com.br/Guia%20dos%20instrumentos%20Avaliacao%20Geriatrica.pdf>.

Weber, L.A.F., Lima, M.A.D.S. & Acosta, A. M. (2019). Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. *Aquichan*, 19(4), 01-11. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>.