



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

PACIENTES IDOSOS E SEUS CUIDADORES:  
UM ESTUDO ESPECÍFICO SOBRE A ALTA HOSPITALAR

LETÍCIA DECIMO FLESCH

Brasília, março 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

PACIENTES IDOSOS E SEUS CUIDADORES:  
UM ESTUDO ESPECÍFICO SOBRE A ALTA HOSPITALAR

LETÍCIA DECIMO FLESCH

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília, como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Processos de  
Desenvolvimento Humano e Saúde, área de  
concentração Psicologia da Saúde

ORIENTADORA: TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO

Brasília, março 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1006377.

F611p Flesch, Leticia Decimo.  
Pacientes idosos e seus cuidadores : um estudo específico  
sobre a alta hospitalar / Leticia Decimo Flesch. --  
2013.  
ix, 110 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação  
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2013.

Inclui bibliografia.

Orientação: Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

1. Idosos - Cuidados médicos. 2. Envelhecimento -  
Aspectos psicológicos. 3. Idosos - Relações com a  
família. I. Araújo, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira  
de. II. Título.

CDU 159.922.6

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo - Presidente  
Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Isolda de Araújo Günther - Membro  
Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Social e do Trabalho  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Alessandra da Rocha Arrais - Membro  
Universidade Católica de Brasília

---

Profa. Dra. Silviane Bonaccorsi Barbato - Suplente  
Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento  
Universidade de Brasília

Brasília, março 2013

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Tereza C. C. F. de Araujo, por aceitar o meu desejo de estudar esse tema e por sempre me apoiar e incentivar no decorrer do mestrado.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Isolda Günther, Profa. Dra. Alessandra Arrais e Profa. Dra. Silviane Barbato, pela grande disponibilidade em contribuir com este trabalho.

À equipe do Hospital Regional da Ceilândia, especialmente, à Adrienne, por permitir a coleta de dados e pelo incentivo à pesquisa.

Às auxiliares de pesquisa Darlene Moura e Luiza Paixão pela dedicação e grande contribuição durante a fase do estudo piloto.

À Profa. Dra. Vera Coelho pela grande contribuição na minha formação profissional. Estendo os agradecimentos a toda equipe do Centro Multidisciplinar do Idoso.

Aos meus familiares, em especial, aos meus pais, Carlos e Marília, e por sempre acreditarem em mim e me ensinarem a não desistir dos meus sonhos.

Ao André Barreto, pelo companheirismo, cumplicidade, incentivo e, principalmente, por tornar meus dias sempre tão especiais. Este trabalho também é mérito teu.

Às colegas do curso, pelo apoio e companhia. Agradeço especialmente à Juliana Naves, Fernanda Braga, Michele Birck, Graciana Sulino e Caroline Amado Gobatto pelos preciosos momentos compartilhados.

À amiga Paula Leal, pela verdadeira e eterna amizade e pelo auxílio nas traduções.

À Capes, pelo apoio financeiro.

## RESUMO

No Brasil, significativas transformações demográficas têm sido observadas, como o aumento do contingente de idosos e a longevidade da população. Cabe notar que este envelhecimento populacional associa-se ao incremento de enfermidades crônicas e múltiplas que exigem cuidados e tratamentos constantes, muitos dos quais são prodigados em ambiente hospitalar. Neste cenário, chama a atenção dos estudiosos, a carência de serviços de saúde destinados a este segmento. Durante as hospitalizações, idosos e cuidadores precisam receber orientações adequadas a fim de limitar incapacidades e danos, evitar internações subsequentes e assegurar qualidade de vida. Notadamente, no campo da Saúde do Idoso, as equipes de saúde devem fornecer suporte informacional, instrucional e emocional no período de transição hospital-domicílio. Apesar das evidências clínicas acerca da sua importância, poucos estudos têm sido realizados sobre a alta hospitalar. Sendo assim, realizou-se uma investigação com o objetivo principal de identificar, descrever e analisar a percepção de idosos e cuidadores familiares sobre a alta. A amostra foi composta por 30 pacientes internados em um hospital da rede pública do Distrito Federal e 25 cuidadores, os quais manifestaram sua concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Durante a internação foi aplicado questionário sociodemográfico e a primeira parte do Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente (QCCP), constituído de seis subescalas: Relacionamento no hospital (RH); Relacionamento na comunidade (RC); Transmissão de informações (TI); Organização de documentos (OD); Continuidade do cuidado (CC); e Comunicação (Co). Aproximadamente um mês após a alta, em situação de visita domiciliar, foi aplicada a segunda parte do QCCP. Foram desenvolvidas entrevistas nos dois momentos. Os dados obtidos com os questionários foram submetidos à análise de frequência e inferencial e os relatos categorizados por temas. Constatou-se que os idosos tinham entre 60 e 93 anos de idade e os cuidadores eram principalmente filhos (50%) e esposas (33%). Verificou-se correlação significativa entre as subescalas: RH e TI ( $p=0,01$ ), TI e CC ( $p=0,00$ ), TI e Co ( $p=0,03$ ), Co e CC ( $p=0,01$ ), RC e Co ( $p=0,00$ ), OD e Co ( $p=0,04$ ) e OD e RC ( $p=0,01$ ). Estes resultados indicam que os fatores avaliados pelas subescalas são interdependentes e que a alta deve ser planejada globalmente. Quanto às vivências relacionadas à hospitalização, pacientes e familiares avaliaram que o idoso foi bem cuidado (27%), mas também consideraram o período desgastante (34%). Para os cuidadores, foi difícil conciliar a permanência no hospital e os outros compromissos (24%). Sobre a percepção da alta, os idosos afirmaram acreditar que teriam mais tranquilidade e comodidade no domicílio (37%), mas também caracterizaram a alta como continuidade do tratamento (21%). Os familiares disseram que os idosos teriam mais conforto após a alta (48%) e que facilitaria o trabalho do cuidador (28%). Sentimentos de insegurança também foram mencionados, por exemplo, medo de não saber cuidar (20%). Conclui-se que a alta hospitalar deve prever orientação centrada nas demandas específicas dos usuários. Recomenda-se que futuros estudos abordem a continuidade dos cuidados à saúde do idoso e avaliem intervenções focadas na transição hospital-domicílio.

**Palavras-chave:** alta hospitalar, saúde do idoso, cuidador, envelhecimento, Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente.

## ABSTRACT

Significant demographic changes such as the increase of the number of elderly and the longevity have been observed in Brazil. The aging of the population is associated with an increase of the number of cases of chronic and multiple diseases. Such diseases require constant care and treatment that often are conducted in hospitals. Given this environment, scholars have observed the lack of health services focused on this segment of the population. During hospitalizations, elderly and caregivers must be properly instructed to prevent disability and further injuries, avoid future hospitalization and assure the quality of life. In the Elderly Health field, health teams must provide information and instructional support during the hospital-home transition time. Few studies about hospital discharge were performed despite the clinical evidence of its importance. Therefore, this investigation was conducted to identify, describe and analyze the perception of the elderly and family caregivers about hospital discharge. The sample comprehended 30 in-patients of a public hospital of the Federal District and 25 caregivers. Participants expressed their agreement through the Term of Consent. The data collection was performed in two stages. The first, during the hospitalization, was constituted of a sociodemographic survey along with the first part of Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ), that is composed of six subscales: Relationships in Hospital (RH); Relationships in Community (RC); Information Transfer (IT); Management of Forms (MF); Management of Follow-up (MF-u); and Management of Communication (MC). Approximately one month after hospital discharge at home visit, the second part of PCCQ was applied. During both stages, interviews were performed. The data collected through the surveys were subjected to frequency and inferential analysis and the reports were categorized by themes. Elderly were between 60 and 93 years of age; the caregivers were mainly their children (50%) and spouses (33%). The study also showed a significant relation between the following subscales: RH-IT ( $p=0,01$ ); IT-MFu ( $p=0,00$ ); IT-MC ( $p=0,03$ ); MC-MFu ( $p=0,01$ ); RC-MC ( $p=0,00$ ); MF-MC ( $p=0,04$ ); and MF-RC ( $p=0,01$ ). These results indicate that the factors evaluated by the subscales are interdependent and that the hospital discharge must be planned as a whole. As for the experiences related to the hospitalization, patients and relatives believe that the elderly were well taken care of (27%), although they considered the stay stressful (34%). The caregivers found it hard to conciliate the hospital stay and other personal commitments (24%). As for their perception of the discharge, the elderly affirmed that they would feel more tranquil and it would be more convenient at home (37%); and classified the discharge as continuity of care (21%). Caregivers said that the elderly would be more comfortable after the discharge (48%) and that would ease the caregiver's work (28%). Insecurity was also mentioned: i.e. fear of not knowing how to take care (20%). This study finds that the hospital discharge must include orientation focused on the specific demands of the users of the health system. It is recommended that future studies address the continuity of health care for the elders and evaluate interventions focused on hospital-home transition.

**Key words:** hospital discharge, elderly health, caregiver, aging, Patient Continuity of Care Questionnaire

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – SAÚDE E ENVELHECIMENTO:	
PRESSUPOSTOS E PERSPECTIVAS.....	13
1.1 Processo de envelhecimento: caracterização geral.....	13
1.2 Saúde do idoso: um campo específico de cuidados.....	16
1.2.1 Atenção ao idoso no contexto brasileiro.....	20
CAPÍTULO 2 – CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO:	
NECESSIDADES E EXPECTATIVAS.....	24
2.1 Envelhecimento e família: algumas implicações.....	24
2.2 Papel do cuidador familiar: atribuições e limites.....	27
2.3 Saúde do cuidador: desafios e tendências.....	30
CAPÍTULO 3 – TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO: UM ENFOQUE	
EM SAÚDE DO IDOSO.....	34
3.1 Alta hospitalar do idoso: delimitação de uma transição em saúde.....	34
3.2 Estudos sobre alta hospitalar: uma breve revisão.....	39
CAPÍTULO 4 – DELINEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	
4.1 Objetivos.....	44
4.2 Participantes.....	44
4.3 Instrumentos.....	45
4.4 Procedimentos de coleta de dados.....	46
4.5 Procedimentos de análise dos dados.....	47
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	
5.1 Caracterização da amostra.....	48
5.2 Análises e discussão do instrumento QCCP.....	52
5.3 Análise e discussão das entrevistas.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
ANEXOS	
I - Questionário sociodemográfico.....	95
II - Questionário de Continuidade do Cuidado do Paciente (QCCP).....	96
III - Roteiros de entrevista (versão Paciente).....	102
IV - Roteiros de entrevista (versão Cuidador).....	104



V - Autorização do Comitê de Ética.....	106
VI - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto à idade e renda mensal.....	48
Tabela 2. Caracterização da amostra com relação a sexo, escolaridade, residência, religião, estado civil e trabalho.....	49
Tabela 3. Caracterização da internação dos idosos.....	51
Tabela 4. Itens do QCCP e porcentagens de respostas válidas.....	53
Tabela 5. Correlação entre a escala do QCCP Relacionamento no Hospital, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas.....	59
Tabela 6. Correlação entre a escala do QCCP Relacionamento na Comunidade, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas.....	60
Tabela 7. Correlação entre a escala do QCCP Transmissão de informações, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas.....	61
Tabela 8. Correlação entre a escala do QCCP Organização de documentos, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas.....	62
Tabela 9. Correlação entre a escala Continuidade do cuidado do QCCP, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas.....	63
Tabela 10. Correlação entre a escala Comunicação do QCCP e as variáveis dos dados sociodemográficos.....	64
Tabela 11. Categorias das entrevistas com os idosos antes da alta.....	66
Tabela 12. Categorias das entrevistas com os cuidadores antes da alta.....	67
Tabela 13. Categorias das entrevistas com idosos após a alta.....	74
Tabela 14. Categorias das entrevistas com os cuidadores após a alta.....	75

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo mundialmente, em ritmos diferentes. Com o aumento do número de idosos e da longevidade, instaura-se uma nova configuração na sociedade, cresce a proporção de idosos e o que se compreende como velhice. Hoje, é comum encontrar duas ou três gerações de idosos em uma mesma família. Está diminuindo o número de novos membros, enquanto os antigos tornam-se velhos. A maior longevidade resulta dos avanços nas áreas da saúde, social e da educação (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2012). Esta realidade possibilita que as pessoas tenham maior tempo de vida para desenvolver projetos e permite maior convívio intergeracional. No entanto, há ainda um despreparo nas áreas da saúde, sociais, econômicas, entre outras, para lidar com esta mudança etária, fazendo com que, muitas vezes, a transição demográfica seja percebida como um problema. O problema, no entanto, não é o envelhecimento populacional, mas a falta de suporte destinada à população que envelhece e àqueles que lidam com ela, seja no âmbito familiar, como parentes e amigos, ou profissional, como profissionais de saúde e cuidadores formais (Coelho Filho, 2012; Chaimowicz, 2006; Lebrão & Duarte, 2007; Veras, 2009).

No Brasil, esta transição ocorre de modo bastante veloz. Na saúde, observa-se o aumento das patologias crônicas e múltiplas e a falta de treinamento de profissionais para lidar com esse público em suas várias dimensões e complexidade. A maior quantidade de idosos dependentes faz com que sejam necessários mais cuidadores formais e informais, requerendo uma reestruturação da família para lidar com o cuidado (Born, 2008; Camarano, 2006; Silva & Neri, 2009). Se ainda é insuficiente a atenção à saúde do idoso, uma maior preocupação deve ser destinada aos cuidadores. Esse público, que carece de orientação e acompanhamento, está adoecendo cada vez mais, e, inclusive, morrendo antes do idoso a quem dedica cuidado.

A situação torna-se mais difícil quando o idoso passa por um período de agravamento das condições de sua saúde, o que resulta a internação. A hospitalização traz preocupação tanto para pacientes como para familiares. No entanto, na maioria dos casos, os cuidados não cessam quando o paciente sai do hospital e retorna ao domicílio. Nesse retorno, muitas vezes, acontecem mudanças, como sequelas, maior incapacidade, mudança de hábitos e medicamentos. A alta hospitalar traz insegurança e, se não for bem orientada, pode gerar problemas, inclusive, reinternações (Benzar, Hansen, Kneitel & Fromme, 2011; Ganzella & Zago, 2008; Golden, Tewary, Dang & Ross, 2010; Shyu, 2000b).

Embora percebendo as dificuldades mencionadas, muitos profissionais têm dúvidas de como proceder na alta hospitalar, pois poucos são os estudos referentes à temática. Diante deste contexto, este trabalho busca ampliar a compreensão da alta hospitalar e de como idosos e cuidadores lidam com esta experiência. Assim, espera-se contribuir para o planejamento mais

adequado de intervenções e de acompanhamento de pacientes e cuidadores durante a internação e após o retorno ao domicílio.

Cabe salientar que a construção deste tema de pesquisa iniciou-se a partir de questionamentos e reflexões no decorrer da atuação profissional da pesquisadora que atuou com idosos em grupos no contexto clínico e social. Nessas experiências, era comum ouvir relatos de idosos que, no retorno da internação, tinham dificuldades de adaptação à nova rotina e ao acompanhamento de saúde, além de dúvidas e insegurança dos familiares. Ao procurar estudos que explorassem este assunto no Brasil, deparou-se com a escassez de publicações, surgindo, então, o desejo de pesquisar e aprofundar o tema da alta hospitalar de idosos.

Antes mesmo da realização do projeto, foi feito um reconhecimento das instituições públicas que trabalham com a saúde do idoso no Distrito Federal, como Secretaria de Saúde, Programas de internação domiciliar, Centros de Saúde e Hospitais. As visitas tinham o propósito de conhecer o trabalho realizado, as características do público atendido e as necessidades dos profissionais. Essa ação foi de suma importância para o desenvolvimento dos objetivos da pesquisa, pois foi possível perceber o que os profissionais de diversas instituições de saúde declaram como facilidades e empecilhos na promoção da qualidade de vida dos idosos e de seus familiares.

A partir das visitas institucionais realizadas e da revisão da literatura, algumas questões emergiram e merecem ser examinadas: quais as necessidades dos idosos para manter uma vida saudável dentro das suas possibilidades? Se as internações são comuns nessa faixa da população, quais são as suas dificuldades nesse período? Que recursos pacientes e familiares possuem após o retorno ao domicílio? Que recursos poderiam ser desenvolvidos além dos já existentes? Quem auxilia o idoso após a sua alta? O que idosos e familiares esperam do retorno para o domicílio? Como percebem a saída do hospital?

Assim, esta pesquisa situa-se na interface entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia do Desenvolvimento, visto que a preocupação atual sobre o envelhecimento humano é o desenvolvimento saudável. Logo, observa-se como necessários os conhecimentos aprofundados dessas duas áreas do conhecimento como norteadores da compreensão da complexidade dos aspectos psicológicos do envelhecer e suas implicações. Mesmo sendo um trabalho realizado a partir da perspectiva da Psicologia, o estudo não se limita nesta disciplina, já que os trabalhos gerontológicos são essencialmente interdisciplinares.

Buscou-se conhecer outras áreas da saúde e sociais, tais como epidemiologia, enfermagem, medicina, antropologia, entre outras. Do mesmo modo que não é possível estudar fenômenos que dizem respeito ao envelhecimento por apenas uma disciplina, a atuação também será melhor se outras áreas estiverem presentes. Portanto, os conteúdos aqui apresentados pretendem servir de apoio para profissionais e estudiosos de diversas áreas do conhecimento que trabalhem com envelhecimento, saúde do idoso, familiares, políticas públicas para a

população idosa, internação de idosos e alta hospitalar. Para atingir esses objetivos, foi utilizado um método misto de pesquisa para compreender mais amplamente a percepção dos participantes.

Assim, no primeiro capítulo desta dissertação, é apresentada a problemática da saúde no contexto do envelhecimento. Nele, discute-se como se dá o processo de envelhecimento e como tem sido estudado, bem como aspectos que precisam ser considerados pelos profissionais de saúde. O capítulo também destaca o envelhecimento populacional brasileiro e as perspectivas futuras, além de apresentar temas relativos à saúde do idoso e ao envelhecimento saudável.

O cuidado ao idoso no contexto da família e as relações familiares do idoso são tratados no segundo capítulo. A função do cuidador familiar (ou informal) e como ele “surge” na família, bem como suas redes de apoio são discutidos. Além disso, nessa parte, faz-se um panorama do estado de saúde do cuidador e da atenção necessária a ele.

Discute-se o período de hospitalização do idoso e a alta hospitalar desse paciente no terceiro capítulo. São abordados aspectos da transição hospital-domicílio, assim como possíveis problemas enfrentados pelos pacientes idosos e seus cuidadores no pós-alta. Ao final, são apresentados estudos nacionais e internacionais desenvolvidos sobre a temática da alta desse público.

Posteriormente, no quarto capítulo, são descritos os objetivos deste estudo (geral e específicos) e os procedimentos metodológicos adotados. O quinto capítulo é constituído pelos resultados e discussão. Por fim, são expostas as considerações finais sobre este estudo e são indicadas sugestões para estudos futuros.

## **CAPÍTULO 1 - SAÚDE E ENVELHECIMENTO: PRESSUPOSTOS E PERSPECTIVAS**

Neste capítulo, serão apresentados conceitos básicos do envelhecimento humano e temas que estão sendo estudados atualmente sobre o processo de envelhecimento. Será discutida a questão do envelhecimento populacional nos contextos mundial e brasileiro e como este fenômeno influencia a sociedade nos âmbitos social, econômico, científico, da saúde, entre outros. Os fatores que interferem na saúde do idoso serão considerados e serão evidenciadas as características do envelhecimento patológico e do bem sucedido. Esses temas serão aprofundados devido à importância da compreensão do que é o envelhecimento e de quais variáveis interferem nele. O capítulo também possibilitará a reflexão sobre quais ações na sociedade são importantes para promover o envelhecimento saudável.

### **1.1 Processo de envelhecimento: caracterização geral**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (como o Brasil) e 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2005). Há, ainda, a classificação entre velhos jovens (de 60 a 75 anos), velhos-velhos (de 75 a 85 anos) e velhos-mais velhos (mais de 85 anos). No entanto, não é possível compreender a velhice tendo como referência apenas a quantidade de anos que a pessoa viveu. Além da idade cronológica, é necessário considerar outros conceitos de idade. Um deles é a idade biológica, que diz respeito à idade funcional, ou seja, ao nível de capacidade adaptativa, sendo esta idade de difícil definição, pois não existem marcadores biológicos claros que definam o envelhecimento (Fontaine, 2010; Papaléo Netto, 2006; Stuart-Hamilton, 2002). Existem, no entanto, alguns testes que podem medir a idade funcional, como o teste de elasticidade da pele, o teste da régua e o teste do equilíbrio estático (Fontaine, 2010).

Há a idade psicológica, que se refere às capacidades de percepção, aprendizagem, memória, além de como a pessoa avalia os marcadores biológicos, sociais e psicológicos. Existe, ainda, a idade social, referente ao status social e ao exercício de papéis socialmente determinados para cada idade cronológica (Fontaine, 2010; Papaléo Netto, 2006).

A noção de envelhecimento também se transforma ao longo do tempo na perspectiva social. Percebe-se uma diferença na significação dos termos *velho* e *idoso*; o velho seria representante dos declínios gerados pelo envelhecimento, e está relacionado às classes sociais mais desfavorecidas, e o termo idoso é utilizado de forma mais respeitosa e associado às classes de maior prestígio. A concepção de terceira idade relaciona-se com a produtividade, referindo-se à aposentadoria, portanto, à inatividade e ao descanso dos anos de trabalho. Com o aumento da expectativa de vida, surge a quarta idade, que estaria relacionada à decadência física e psicossocial (Negreiros, 2003). De acordo com Baltes e Smith (2006), na quarta idade há maior declínio físico e mental, mesmo nos atributos que tendem a ser mantidos no início da velhice,

como satisfação, afeto positivo e solidão. Além disso, nesse estágio, há alta prevalência de demências. O autor argumenta que a quarta idade está mais conectada a aspectos evolutivos do que à idade cronológica.

A velhice também é percebida de modo diferente em cada cultura, deste modo, não pode ser entendida de forma naturalizada. Para que sejam desenvolvidos quaisquer tipos de intervenção com idosos, é necessário perceber a forma como os idosos vivem a sua velhice e o que ela representa para eles, como percebem os seus problemas de saúde, as soluções e dificuldades que encontram (Uchôa, 2003). As categorias de idade são construções históricas e sociais. As suas características e seus papéis diferem em diversas épocas e culturas, muitas vezes, não estando associados à idade cronológica. No entanto, “essas categorias são constitutivas de realidades sociais específicas, uma vez que operam recortes no todo social, estabelecendo direitos e deveres diferenciais em uma população, definindo relações entre as gerações e distribuindo poder e privilégios” (Debert, 2003, p.53). A velhice, portanto, não pode ser definida como um fenômeno estanque. É preciso considerar o processo de envelhecimento, que não pode ser entendido apenas como avanço da idade cronológica, pois, neste processo, estão envolvidos os fatores biológicos, sociais, culturais, históricos e existenciais.

Também é importante considerar o gênero ao estudar o envelhecimento. Há uma tendência a uma desgenderização da velhice, ou seja, uma homogeneização do estado de idoso sem considerar as variações no processo de envelhecer, pautadas nas identidades feminina e masculina (Ribeiro, 2012). A identidade de gênero transforma-se ao longo da vida, no entanto, é necessário atentar-se para os comportamentos, funcionalidades, estados de saúde e expectativas sociais relacionados ao gênero apresentados durante a velhice (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2012; Ribeiro, 2012).

A sociedade depara-se com a menor mortalidade da população feminina, fenômeno denominado feminização da velhice (Camarano, 2006; Chaimowicz, 2006; Ribeiro, 2012). No Brasil, esse fenômeno acontece apenas nas áreas urbanas, há um predomínio de homens na área rural, pois as mulheres têm maior participação no fluxo migratório do campo para a cidade (Camarano, 2006). Além dos fatores biológicos, as diferenças de gênero expressas no comportamento interferem na mortalidade. As mulheres, geralmente, estão mais presentes nos serviços de saúde e relatam mais morbidades (Chaimowicz, 2006; Korin, 2001; Straub, 2005).

O desenvolvimento humano se dá ao longo da vida. Todos os períodos da vida são marcados por continuidades e descontinuidades e nenhum apresenta superioridade sobre o outro. O envelhecimento é um processo heterogêneo e envolve um equilíbrio entre ganhos e perdas – por exemplo, perdas físicas e de papéis sociais (aposentadoria, saída dos filhos de casa), além de ganho de habilidades e conhecimentos (Baltes, 1987; Neri, 2009b). O idoso mantém a capacidade de adaptação e pode superar as perdas inerentes ao processo de envelhecimento com o acúmulo de experiências adquiridas ao longo da vida (Baltes, 1987).

Para que os idosos possam desenvolver atividades que os auxiliem a superar as perdas biológicas, são necessários políticas governamentais e serviços de saúde adequados. Há necessidade, também, de políticas de educação, pois a baixa escolaridade dificulta a aquisição de novas habilidades e recursos que podem prejudicar o desenvolvimento dessa população (Silva & Günther, 2000).

O curso de vida é definido pela interação entre: gradação por idade, contexto histórico e eventos não normativos. As mudanças graduadas por idade são mudanças normativas relacionadas ao grupo de idade cronológica, englobam aspectos biológicos e ambientais comuns a todos os indivíduos de determinada faixa etária em determinada cultura. Os eventos graduados por história são relacionados aos aspectos históricos e culturais daquela geração ou coorte. E os eventos não normativos referem-se a mudanças individuais, eventos de vida significativos e acontecimentos autobiográficos (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Fontaine, 2010).

A preocupação científica com o idoso e o envelhecimento humano é recente, inicia-se, em 1909, com a criação da especialidade médica Geriatria por Nascher. O envelhecimento era entendido nessa época como um processo de degeneração celular (Prado & Sayd, 2006). Segundo Neri (2009b), o envelhecimento era pouco estudado, porque se compreendia que a criança e o adolescente se desenvolvem, crescem, encontram a estabilidade na vida adulta e decaem na velhice, obedecendo exclusivamente a um modelo biomédico. Beauvoir (1990) descreve como a velhice é conectada com o declínio biológico desde Hipócrates que, ao retomar a teoria pitagórica dos quatro humores, comparou a velhice com o inverno da vida, tendo sido essa ideia perdurada por muito tempo. Com o aumento dos estudos sobre envelhecimento, os preconceitos com o idoso diminuem (Moreira, 2012). Estão presente na sociedade o medo de envelhecer e os tabus referentes ao envelhecimento. Profissionais ainda relacionam o envelhecimento com perda e morte, justificando a necessidade de mais disciplinas teóricas sobre envelhecimento nos cursos de graduação (Ezequiel & Sonzogni, 2006).

A disciplina científica que estuda os idosos, as características da velhice e o processo de envelhecimento nos aspectos biopsicossociais é a Gerontologia. Na ampliação das investigações nessa área, ela é ramificada entre: Gerontologia Social, que aborda aspectos não orgânicos; Geriatria, que estuda as questões orgânicas relativas à área médica; e Gerontologia Biomédica, que trabalha com questões moleculares e celulares (Papaléo Netto, 2006).

Existe o perigo de um discurso reducionista quando se estuda o fenômeno do envelhecimento por um único viés, como por exemplo, o biológico/comportamentalista, econômico ou sociocultural, pois o envelhecimento é um processo complexo e envolve muitos fatores, podendo seu reducionismo ocasionar equívocos na sua compreensão (Paúl, 2012; Prado & Sayd, 2006; Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

Mesmo que o envelhecimento traga ganhos e perdas, é comum encontrar estereótipos negativos relacionados à velhice (como dependência, fragilidade, demência e rigidez), embora



alguns estereótipos positivos também sejam encontrados em vários aspectos da vida (como sabedoria, experiência, integridade e sensibilidade) (Kornadt & Rothermund, 2011). Esses estereótipos negativos são baseados em generalizações que tendem a isolar socialmente o idoso (Araújo & Carvalho, 2004; Straub, 2005).

## **1.2 Saúde do idoso: um campo específico de cuidados**

É importante distinguir envelhecimento primário ou senescência e envelhecimento secundário ou senilidade. O primeiro refere-se às transformações normativas do processo de envelhecimento, entre elas: (1) alterações de memória (ex. diminuição do processamento neural); (2) perdas sensorio-perceptivas (ex. audição, visão e percepção e tempo de reação); (3) diminuição da vitalidade física (ex. redução da capacidade pulmonar, do Índice de Massa Corporal – IMC –, perda da força muscular e redução do metabolismo); (4) maior susceptibilidade para o surgimento de doenças; (5) mudanças na aparência, gerando um problema social, o medo de parecer velho (Straub, 2005). Esse último fator é bastante investido pela indústria cosmética, que estimula a busca por retardar o aparecimento dos sinais físicos do envelhecimento, já que atualmente a sociedade ocidental cultua muito a aparência jovem (Debert, 2003).

O envelhecimento secundário é a união das transformações características do envelhecimento primário aos hábitos de saúde, aos aspectos psicológicos (como otimismo, percepção e controle da própria saúde), ao apoio social e à condição financeira. Assim, é possível perceber que o aumento de doenças na velhice também é uma consequência dos hábitos acumulados ao longo da vida, por exemplo, tabagismo, atividades físicas, consumo de álcool, entre outros, podendo caracterizar o envelhecimento patológico (Baltes & Smith, 2006; Straub, 2005).

É esperado um declínio cognitivo normal a partir da meia-idade, no entanto, é mais comum que ocorra após os 70 anos. O declínio ocorre por processos de natureza genético-biológica e sociocultural (Neri, 2006). A memória também é afetada, principalmente a capacidade de reter informações de eventos recentes (memória episódica). Mas os déficits de memória podem ser superados por meio de mudanças ambientais, e técnicas mnemônicas (Stuart-Hamilton, 2002; Yassuda, 2006). Além disso, o sistema nervoso central apresenta a capacidade de se reorganizar de acordo com as modificações que possam ocorrer no processo de envelhecimento, mantendo, assim, a sua funcionalidade. Essa característica é denominada plasticidade e pode ser estimulada por meio de treino cognitivo (Da-Silva et al., 2011).

Com relação ao envelhecimento patológico, merece destaque o idoso frágil. A fragilidade é uma síndrome clínica complexa relacionada à idade, caracterizada pela condição de saúde não ótima e vulnerável, mas de difícil definição. Sua etiologia é multifatorial, depende da confluência de aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais desenvolvidos ao longo

do curso de vida. A fragilidade é progressiva, mas é possível preveni-la e tratar seus sintomas. Não é possível determinar uma definição única de fragilidade, embora a existência de um consenso entre os profissionais facilitasse a prevenção e tratamento (Teixeira & Neri, 2006). Uma das dificuldades do idoso frágil é lidar com a dependência. Por isso, tenta-se preservar as capacidades funcionais do idoso, para que mantenha a sua independência.

Autonomia e independência possuem uma grande carga afetiva e avaliativa. Há uma tendência em nossa sociedade a valorizar o idoso autônomo e ter compaixão para com idosos dependentes. Quando o idoso possui uma incapacidade física, o ambiente físico e social pode tanto acolher e estimular o idoso, como constituir uma barreira para a sua autonomia (Neri, 2010). “A dependência assume diferentes funções em diferentes momentos do ciclo vital” (Torres, Sé & Queroz, 2009, p. 87). Pode ser necessária ou como um estado de transição, ou fazer parte de um estágio da vida. Na velhice, pode ser vista como um evento negativo e estressante. O desejo de manter-se ativo e produtivo tende a manter-se ao longo do envelhecimento, motivando o indivíduo a desenvolver maior participação social. A percepção do idoso de que ele pode trazer contribuições para a sociedade, familiares e/ou amigos está associada com melhor funcionamento físico e maior longevidade (Gruenewald, Liao & Seeman, 2012). É preciso diferenciar independência de autonomia. A primeira refere-se à capacidade que a pessoa possui de realizar atividades sem necessitar de auxílio; a segunda representa a capacidade de decidir sobre aspectos de sua vida. Assim, é possível que o idoso tenha autonomia sem ter independência e vice-versa (Papaléo Netto, 2006).

Existe uma conexão entre relações sociais e saúde física. O engajamento social é benéfico para os idosos. Aqueles que passam mais tempo envolvidos em atividades sociais têm maior motivação para praticar comportamentos de promoção de saúde, mas a participação social difere com relação ao gênero (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009; Thomas, 2011). O engajamento social das idosas pode ser um fator protetor de limitações físicas e cognitivas, em compensação, as limitações na saúde dos homens podem ser prejudiciais para os seus níveis de compromissos sociais (Thomas, 2011). As mulheres participam mais de atividades ocupacionais, enquanto que os homens participam mais de atividades físicas. Também há associação entre escolaridade, renda e estado de saúde autorrelatada e a frequência de realização de atividades, assim, maior escolaridade e maior renda relaciona-se com maior engajamento em atividades intelectuais (Ribeiro et al., 2009). No entanto, é necessário observar que a atividade não significa manter o ritmo de vida dos jovens, pois as limitações físicas e diferenças individuais existem e devem ser respeitadas (Borges, 2006).

Deste modo, mesmo com doenças e incapacidades, é possível que os idosos tenham satisfação com sua vida. Um dos grandes desafios da sociedade atual é prover condições para uma velhice saudável, tal ação reduz custos e aumenta benefícios para os indivíduos idosos, logo, eles deixam de ser tratados como onerosos para a sociedade (Neri, 2008; Paúl, 2012). Para

isso, não se deve focar apenas no idoso, pois a promoção de saúde para uma pessoa não envolve apenas o seu comportamento, mas também da sua família, dos profissionais de saúde e da comunidade em geral (Camarano & Pasinato, 2004; Straub, 2005).

É importante que as intervenções se concentrem na prevenção de doenças para evitar que esse ônus seja grande demais. Para isso, são necessárias educação e informação para que as pessoas possam se responsabilizar pela promoção da sua saúde. No planejamento de uma boa intervenção, é preciso levar em consideração a história de vida que cada idoso tem, afinal, a velhice também é biográfica (Leal, 2009). Assim, o envelhecimento saudável é construído ao longo da vida de cada pessoa.

A definição de envelhecimento saudável segundo os próprios idosos é heterogênea e abrange várias dimensões da vida. Os homens tendem a relacionar o envelhecimento saudável com estabilidade financeira, já as mulheres evidenciam mais as relações sociais. No que diz respeito à idade, idosos-jovens relacionam mais o envelhecimento saudável à alimentação, exercícios físicos e estabilidade financeira do que idosos mais velhos. Então, a percepção de envelhecimento saudável varia de acordo com gênero e idade, além das diferenças individuais (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

Nem sempre, na concepção do idoso, a saúde física está relacionada às questões de prevenção e risco e a manutenção da saúde foi associada à preservação das capacidades cognitivas e avaliação da manutenção das atividades de vida diária. Percebe-se, então, que o idoso, muitas vezes, ainda não está implicado na prevenção de doenças e na promoção da sua saúde (Cupertino et al., 2007). Esse resultado remete à percepção da velhice como doença que precisa ser remediada e tratada, que, por sua vez, leva ao problema da biomedicalização da velhice. Muitos idosos acreditam que apenas os medicamentos solucionarão seus problemas e utilizam-nos como “bengalas químicas” para controlar a ansiedade (Neri, Born, Grespan & Medeiros, 2009), ou seja, não buscam e/ou não encontram estímulo para lidar com as dificuldades que surgem com o seu envelhecimento em prol de sua saúde.

Uma das razões para este problema é um fenômeno social atual denominado “idadismo” ou o termo original *ageism*. Esse fenômeno é caracterizado por uma generalização e discriminação contra a pessoa idosa, levando à segregação dessa população e à percepção da velhice como um problema social. Também ocorre uma rejeição ao corpo envelhecido, fazendo com que se busquem fórmulas para evitar e remediar as marcas físicas do envelhecimento (Ribeiro, 2012; Stephens & Flick, 2010).

Profissionais de saúde são procurados para retardar as limitações físicas, prevenir doenças e auxiliar na promoção de um envelhecimento satisfatório. Neste sentido, o psicólogo, especificamente, pode contribuir desenvolvendo ações que atinjam o indivíduo idoso e a comunidade tais como: auxiliar idosos com doenças crônicas a lidarem com a sua condição; compreender dificuldades e angústias referentes ao envelhecimento com as equipes de saúde;

implantar, avaliar e acompanhar programas educativos com o objetivo de promover o envelhecimento saudável, evitar o envelhecimento patológico e incentivar a participação do idoso na comunidade; bem como desmistificar as dificuldades do envelhecimento perante a sociedade (Freire & Resende, 2008). No entanto, nenhuma dessas metas será atingida se não contar com o auxílio de outros profissionais, afinal, o objetivo principal é promover a saúde global do idoso.

A interdisciplinaridade, neste contexto, tende a romper com a constituição de uma única concepção da Saúde do Idoso. Essa perspectiva é extremamente relevante nos estudos da Gerontologia, devido à impossibilidade de uma única área do conhecimento compreender todos os aspectos da saúde do idoso. Assim, a atuação dos profissionais das diversas áreas do conhecimento que trabalham com idosos deve ser também em uma equipe interdisciplinar. No entanto, é notável a diferença nas formas de linguagem, metodologias e maneiras de trabalhar com os idosos entre essas diferentes áreas, já que não há um embasamento único de ensino e pesquisa focado no envelhecimento (Morais, 2009; Papaléo Netto, 2006).

Assim, diante deste quadro de aumento da população idosa e da expectativa de vida, Stephens e Flick (2010) afirmam que a Psicologia da Saúde contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, principalmente daqueles com doenças múltiplas e crônicas. Se o profissional compreender as experiências e os sentidos do envelhecimento na atualidade, poderá programar ações para que os indivíduos possam viver com bem-estar na velhice.

Uma investigação sobre como os discursos e as práticas de promoção de saúde afetam a subjetividade de idosos detectou a introjeção do discurso da promoção e saúde e a concepção de saúde como um projeto pessoal que requer monitoramento do corpo e do comportamento, atenção com a alimentação, exercícios físicos, estimulação mental, *check-ups* regulares. Outros discursos analisados: (1) discurso biomédico: a partir de testes e exames médicos, o paciente recebe um diagnóstico e, então, precisará adotar práticas de promoção de saúde específicas; (2) discurso do envelhecimento bem-sucedido: menor probabilidade de doenças e menos incapacidades, boa capacidade funcional (física e cognitiva), engajamento ativo com atividades, relações interpessoais e atividade produtiva; (3) envelhecimento como declínio biológico: perceber ou antecipar as mudanças do corpo para então realizar práticas de saúde para conter essa deterioração. Muitos participantes apresentaram ansiedade e medo de algumas doenças ou dependência (Pond, Stephens & Alpass, 2010).

O que se compreende por envelhecimento bem-sucedido não seria a ausência de dependências e incapacidades, mas a habilidade do indivíduo de lidar com as perdas relativas ao envelhecimento, mantendo a autonomia nos domínios relevantes para o seu bem-estar (Baltes & Smith, 2006; Neri & Cacchioni, 2004). O envelhecimento bem-sucedido apresenta-se de forma heterogênea, pois cada idoso demonstra necessidades e recursos diferentes. A trajetória para o

envelhecimento bem-sucedido também é multidimensional, pois envolve a percepção do indivíduo sobre cada área da sua vida (Hsu & Jones, 2012; Schulz & Heckhausen, 1996).

### **1.2.1 Atenção ao idoso no contexto brasileiro**

O Brasil tem passado por uma transformação demográfica nas últimas décadas. A participação relativa de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de 9% em 2001, para 12,1% em 2011. A população de 80 anos ou mais chegou a 1,7% em 2011. A expectativa de vida ao nascer era, em 2011, de 74,08 anos (70,6 anos para os homens e de 77,7 anos para as mulheres). Houve um aumento de 0,31 anos em relação a 2010 e de 3,65 anos em relação a 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012).

Devido a esta transição, o país tem se deparado, em pouco tempo, com o aumento de enfermidades crônicas e múltiplas que têm exigido cuidados e tratamentos constantes. A população idosa, entre as outras faixas etárias da população, tem sido a que mais carece de atendimento dada a sua maior propensão de risco a essas doenças (IBGE, 2012; Veras, 2009). Com o envelhecimento da população, aumenta a incidência e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Grande parte da carga das DCNTs pode ser evitada, pois as principais causas são ambientais e comportamentais, e não genéticas. Um fator que dificulta o tratamento é que muitas pessoas são portadoras de doenças crônicas, mas desconhecem esse fato, dificultando o cuidado com a sua saúde (Lebrão & Duarte, 2007).

Assim, maior tempo de vida não significa boas condições de vida. Tal constatação se reflete no sistema de saúde, pois idosos mais velhos consomem muitos recursos de saúde. Esse aspecto reforça a importância de se estudar os fatores associados ao prolongamento da vida saudável (Chaimowicz, 2006). Conseqüentemente, ocorre também uma mudança nas ações de saúde. Atualmente, está sendo dada maior ênfase a ações preventivas e que minimizem ou evitem sequelas e incapacidades. A incapacidade tem sido considerada o fator mais forte de reações adversas e mortalidade depois da idade (Coelho Filho, 2012; Lebrão & Duarte, 2007).

Nas próximas décadas, é prevista uma população mais idosa, com maior número de idosos mais velhos, com maior dependência, famílias com menor disponibilidade para o cuidado e crescimento desproporcional de demandas sociais e de saúde. No entanto, o nível educacional dos idosos está aumentando, favorecendo assim a reivindicação por programas realmente efetivos de promoção de saúde e prevenção e tratamento de doenças (Chaimowicz, 2006). Os idosos constituem a parcela da população que mais utiliza os serviços de saúde e passa por mais internações hospitalares (Coelho Filho, 2012).

A atenção ao idoso, no Brasil, é dividida em três níveis. No nível primário, são realizados o monitoramento das condições de saúde do idoso, a promoção da saúde e prevenção de doenças. Os idosos com maiores agravos de saúde e comprometimento da mobilidade podem ser contemplados com programas de internação domiciliar. Quando o idoso precisa de um

atendimento especializado, é encaminhado para a atenção secundária para consultas ambulatoriais, hospital-dia, serviço domiciliar e reabilitação. Após a estabilização do quadro clínico, o paciente retorna para o acompanhamento da atenção primária. A atenção terciária possui recursos (físicos, tecnológicos e humanos) mais específicos e é destinada aos pacientes cuja condição de saúde necessite investigação, tratamento e reabilitação mais complexos. Os três níveis precisam estar integrados para uma boa atuação (Coelho Filho, 2012).

Outro tipo de atendimento ao idoso é proveniente da Saúde Mental. As políticas públicas em saúde mental focam-se no adulto e não trazem intervenções específicas para o idoso. O problema é associado à banalização das queixas referentes a problemas dos idosos na comunidade e a pouca divulgação dos serviços de saúde mental (Falcão & Carvalho, 2010). Um problema relacionado à saúde mental do idoso é o suicídio, que pode estar vinculado à depressão, aposentadoria mal planejada, enfermidades e dificuldades na aceitação do envelhecimento. O profissional de saúde precisa ter cautela ao lidar com o idoso que tentou suicídio ao fazer encaminhamentos e orientações ao paciente e à família (Cavalcante & Minayo, 2012).

Para que as ações de promoção à Saúde do Idoso sejam eficazes, é necessário que a população se prepare para o próprio envelhecimento e para o envelhecimento dos familiares nos âmbitos financeiro, ambiental, legal, de disponibilidade para o cuidado, divisão de tarefas e redes de apoio. Analisando todos esses aspectos, percebe-se que a sociedade e o Estado não estão preparados para cuidar dos idosos mais velhos (Leal, 2009; Lopes, Barbieri & Gambale, 2009).

Ainda assim, é possível notar melhorias para a população que envelhece. Devido aos avanços tecnológicos na área médica, algumas doenças que antes eram tidas como letais, hoje podem ser curadas, e estão sendo desenvolvidos tratamentos que não geram a cura, mas o alívio de sintomas e o controle da doença. Portanto, atualmente, as pessoas têm um prolongamento da vida convivendo com doenças. Este contexto fez com que houvesse uma preocupação em como as pessoas estão vivenciando sua longevidade (Fleck, 2008). Percebe-se que os idosos estão com melhores níveis de funcionamento físico e mental e apresentam menos incapacidades físicas, comparados com indivíduos de coortes anteriores na mesma faixa de idade. Esses resultados derivam de fatores culturais e sociais, como melhorias no ambiente e na situação financeira, maiores avanços médicos e maior eficácia dos sistemas educacionais e de comunicação (Baltes & Smith, 2006). Considerando essas mudanças, o foco das intervenções com idosos passa da longevidade para a qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito de difícil definição, pois existem muitos termos associados como status de saúde, bem-estar, funcionalidade, satisfação, entre outros (Fleck, 2008). A definição da *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo Whoqol), da Organização Mundial de Saúde (OMS), é a seguinte: “a percepção do indivíduo de sua posição

na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 01). Percebe-se que é uma definição abrangente, envolvendo múltiplas dimensões que se inter-relacionam, tornando a qualidade de vida um termo complexo (Costa Neto & Araujo, 2008).

Contudo, não se pode perceber a qualidade de vida de todos os indivíduos sob os mesmos parâmetros. Os idosos se deparam com estressores específicos, diferentes da população jovem, devido às transformações que ocorrem nos aspectos físico, psicológico e social durante o processo de envelhecimento, requerendo que os idosos precisem reorganizar vários âmbitos de suas vidas. Essas mudanças, se não forem bem conduzidas ou exigirem mais do que os recursos que os idosos dispõem, podem comprometer o seu bem-estar e a sua saúde (Trentini, Chachamovich, & Fleck, 2008). Assim, a qualidade de vida na velhice pode ser compreendida em uma perspectiva multidimensional, histórica e multicausal. É importante identificar os significados desse conceito para a população em diversas regiões do país e em diferentes classes socioeconômicas, pois as crenças e atitudes influenciam o comportamento psicossocial (Neri, 2008).

Os próprios idosos identificam e consideram relevantes múltiplas facetas da qualidade de vida. Foram citadas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Assim, percebe-se uma concordância entre as teorias científicas e o cotidiano da população idosa (Vieira, Reis, Morais Segundo, Fernandes & Macdonald, 2012). Porém, pode ser constatada uma divergência entre a percepção da qualidade de vida do idoso e do cuidador, que tende a perceber a qualidade de vida do idoso como pior do que a percebida pelo próprio. É necessário, no entanto, considerar as duas percepções como uma unidade de cuidado (Trentini et al., 2008). A avaliação da qualidade de vida em idosos envolve critérios objetivos (que podem ser observados externamente, por exemplo, condições físicas, recursos financeiros) e subjetivos (que são observados indiretamente, por exemplo, relato da própria pessoa e de outras de sua convivência) (Neri, 2008).

Como o envelhecimento pressupõe algumas perdas biológicas, a qualidade de vida está relacionada ao equilíbrio entre as limitações do idoso e as capacidades desenvolvidas por ele, pois a maneira como os indivíduos agem psicológica, biológica e socialmente diante das condições do ambiente influencia no quanto e como vivem. Para o idoso, autonomia e funcionalidade têm função importante na sua qualidade de vida, existindo, por exemplo, grande quantidade de idosos que, mesmo internados, avaliam a sua qualidade de vida como positiva (Trentini et al., 2008). Corroborando a compreensão de que, mesmo com doenças e incapacidades, é possível que os idosos tenham satisfação com sua vida.

É preciso repensar o modelo de assistência de saúde destinado ao idoso, no Brasil, de modo a otimizar recursos. Devido à complexidade do seu estado de saúde, não é possível atender o idoso com práticas baseadas em doenças, sendo necessário um conhecimento mais

generalista por parte das equipes de saúde (Coelho Filho, 2012). Esta complexidade que envolve o processo de envelhecimento e a transição demográfica traz consigo mudanças no modo de vida do idoso, no autocuidado, nas suas relações sociais, na sua participação na sociedade, na forma como percebe a si mesmo e no papel ocupado por ele na família. Esse último aspecto merece destaque, pois vem aumentando em todo o mundo a figura do cuidador familiar, que tem exercido função importante na manutenção da saúde do idoso e, por vezes, desprezado pelos profissionais de saúde.



## **CAPÍTULO 2 – CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO: NECESSIDADES E EXPECTATIVAS**

Considerando que a família vem assumindo um papel muito importante na saúde do idoso e nos seus cuidados, neste capítulo serão enfocadas as relações familiares do idoso, mais especificamente, como essas relações vêm se transformando ao longo do tempo, no Brasil. Também será caracterizado o cuidador familiar, qual a sua função na saúde do idoso e como a tarefa de cuidar afeta o cuidador biopsicossocialmente. O cuidador familiar é uma figura importante no cuidado à saúde do idoso, pois é um dos principais agentes no tratamento e na prevenção de doenças no idoso, além de ter a sua saúde afetada pela carga de cuidado exercida. Essa tarefa, geralmente, é solitária e pouco reconhecida, portanto, será discutido também o suporte destinado aos cuidadores e como este pode interferir no bem-estar do familiar, além da relação dos profissionais de saúde com os cuidadores informais.

### **2.1 Envelhecimento e família: algumas implicações**

A família desenvolve-se e evolui ao longo do tempo sob influências históricas e culturais. No funcionamento do sistema familiar, são definidos papéis e o cumprimento de tarefas. Essas tarefas resultam em um desafio para a família e, para que esta se desenvolva bem, é preciso solucionar e integrar os desafios que lhe são apresentados. As tarefas relativas ao último estágio da vida familiar incluem adaptação às limitações físicas e, com isso, a organização de novos papéis a fim de manter os interesses e o funcionamento individual e familiar; apoiar a geração mais idosa, mas evitando a superproteção; para aqueles mais idosos, exercer novos papéis, como avós e bisavós e assumir que a geração intermediária possui função central na família. Outra tarefa é lidar com a morte de familiares e amigos (cônjuges, irmãos), bem com preparar-se para a própria morte; e adaptar-se a doenças crônicas e dependências aceitando o auxílio dos familiares; assim como fazer uma revisão de vida a fim de integrá-la à sua história pessoal e familiar (Sousa, Patrão & Vicente, 2012). Cada uma dessas tarefas pode trazer várias dificuldades, sendo de grande importância que a família possa ter suporte para lidar com estes novos objetivos, realidade e papéis familiares.

Pacientes idosos geralmente apresentam vários problemas de saúde e necessitam de adaptação a ambientes diferentes de vida, podendo sofrer mudanças drásticas quando seu estado de saúde necessita de transição. A rede informal de apoio é uma das bases mais importantes de suporte para idosos nessas ocasiões. Os cuidadores informais auxiliam os idosos nas suas atividades de vida diária (AVD's), nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) e dão suporte emocional. Mas, a necessidade de envolvimento extra da família atua como um fator

complicador, pois os familiares precisam lidar com pressões psicológicas para que proporcionem cuidado ao idoso (Huber & McClelland, 2003; Silva & Neri, 2009).

No Brasil, encontram-se muitos casos de coresidência de idosos com familiares. Essa situação pode ser causada por necessidades dos próprios familiares (questões financeiras, cuidados com crianças) ou por doenças crônicas e/ou dependência dos idosos. Entre os fatores apontados para residir e cuidar do idoso estão o dever moral, a reciprocidade e a afetividade. Esses aspectos, no entanto, não são suficientes para que os familiares cuidem do idoso de forma satisfatória e mantenham a sua própria qualidade de vida (Coelho & Diniz, 2005; Silva & Neri, 2009). A condição econômica também influencia a coresidência, visto que ela é maior em países com menor desenvolvimento econômico (Camargos, Rodrigues & Machado, 2011). No interior das famílias, as relações intergeracionais são fatores importantes na velhice e são percebidas trocas instrumentais e afetivas (Sousa et al., 2012). É preciso ter cuidado ao associar a coresidência com transferência, pois estas podem ocorrer fora da habitação da mesma forma que podem estar ausentes entre pessoas que moram juntas (Camargos et al., 2011; Khoury & Günther, 2008).

A maior densidade social do ambiente de moradia está relacionada com menor controle percebido por parte do idoso. A menor densidade possibilita maior privacidade e autonomia ao idoso, pois, nessa fase da vida, é comum que muitas das ações rotineiras sejam realizadas no domicílio (Khoury & Günther, 2008).

Grande parte dos idosos brasileiros contribui na renda familiar com as suas aposentadorias, ou até mesmo sustentam a família toda com ela. Como muitos idosos são os chefes da família e ainda têm responsabilidades com o sustento financeiro dela, é bastante comum que idosos continuem trabalhando, mesmo estando aposentados (Debert & Simões, 2006). No entanto, este fato não significa que o idoso seja valorizado e apoiado pelos familiares. O idoso nessa situação pode ficar desmotivado e com baixa autoestima, pois não tem as suas potencialidades aproveitadas e reconhecidas pelos familiares. Ou seja, os familiares recebem ajuda financeira dos idosos, porém, não percebem que eles podem se desenvolver mais e precisam de incentivo para isso (Araújo & Carvalho, 2004).

No entanto, questões culturais também estão presentes na decisão do idoso de morar sozinho ou com um familiar, pois mesmo que o idoso consiga sustentar-se financeiramente sozinho, pode não o fazer por valores da cultura brasileira. Enquanto para alguns idosos a coresidência com os familiares possui grande valor, para outros, essa situação é indesejável por acreditarem que morar com outra pessoa prejudica a sua independência e autonomia (Camargos et al., 2011). Muitos idosos ficam insatisfeitos com a falta de liberdade de gerenciar a sua vida, pelo fato de os filhos tomarem as decisões por eles, impedindo-lhes de expressarem a sua opinião (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011; Silva & Günther, 2000). Além disso, depender

de um membro familiar pode significar para o idoso um insucesso em lidar com uma determinada situação (Stuart-Hamilton, 2002).

Cabe salientar que o modelo de família extensa modificou-se, hoje as famílias têm um número menor de integrantes e a forma de vida é mais agitada e apressada, fazendo com que o convívio entre os familiares fique mais restrito, e o cuidado e a atenção para com os idosos também, podendo gerar sentimento de abandono para o idoso, além de não proporcionar a ele o estímulo e apoio necessários para que continue se desenvolvendo (Negreiros, 2003). Ao mesmo tempo, a redução da quantidade de membros familiares não precisa ser vista necessariamente como algo negativo, pois, atualmente, alguns recursos podem diminuir algumas necessidades de ajuda familiar. Em termos financeiros, por exemplo, os idosos de hoje estão mais autossuficientes que os seus antecessores. Com relação ao cuidado, o modo como os lares para idosos são vistos pela população está se transformando, morar em uma Instituição de Longa Permanência está se tornando alternativa de vida, e não mais um pesar. Assim, antes de caracterizar as mudanças na estrutura familiar como um problema para o idoso, é preciso compreender o contexto dessa transformação (Stuart-Hamilton, 2002).

A relação do idoso com a família é heterogênea, necessitando de atenção individualizada para cada família, evitando, assim, generalizações. Quando um idoso possui dependência, a família costuma ser a principal fonte de apoio, mas a maneira como a família vai lidar com os cuidados ao idoso depende de seus valores culturais, sociais e históricos. As habilidades de enfrentamento desenvolvidas pelos familiares são afetadas pelo diagnóstico, prognóstico e apoio formal e informal disponível. As necessidades dos cuidadores familiares também diferem em etnias, exigindo uma análise de subgrupos para perceber as experiências e desafios dos cuidadores (Navaie-Waliser et al., 2001; Queroz, 2010).

Como existem na sociedade diversos modelos de família e coabitação, estes precisam ser considerados quando se analisam as relações familiares do idoso. Estes arranjos familiares têm efeitos diferentes entre os gêneros. A maioria dos homens idosos mora com o cônjuge, mas entre as idosas encontram-se vários arranjos familiares: moram com o cônjuge, com os filhos, com outros parentes ou mesmo sozinhas. Existem diferenças na percepção de saúde do idoso conforme o modo de habitação, as mulheres que moram sozinhas declaram apresentar mais doenças, já para os homens, é mais provável que declarem mais doenças quando assumem a função de chefe da família (Romero, 2002).

Os idosos, além da contribuição financeira, comumente auxiliam na organização familiar, como no cuidado dos netos por exemplo. O fato de algumas condições de saúde dos idosos estarem melhorando progressivamente aumenta a participação e importância do idoso na família. Assim, o idoso ocupa um papel social também, deixando de ser uma preocupação apenas da família (Walter, 2010).

No Brasil, os recursos jurídicos e muitos programas referentes à relação do idoso com a família são pautados em um modelo de família nuclear, no qual os filhos têm o dever de serem responsáveis pelos cuidados aos pais quando estes necessitarem. Esta postura, no entanto, desconsidera que a redução da fecundidade e o envelhecimento populacional, bem como as novas configurações familiares e de coabitação, sugerem que cada vez mais existirão idosos sem filhos e netos. Além disso, não é discutido o hiato existente entre paternidade legal e afeto, ou seja, obrigar filhos a prestarem cuidados aos pais idosos não garante a atenção que os idosos necessitam (Debert & Simões, 2006).

## **2.2 Papel do cuidador familiar: atribuições e limites**

O grupo de apoio social e afetivo mais próximo ao idoso, geralmente, é a família. Com ela, o idoso compartilha suas experiências no enfrentamento de doenças crônicas e/ou dependência (Silva, Guedes & Moreira, 2002). Após a alta hospitalar, portanto, o paciente requer mais cuidado em suas atividades de vida diária, afirmam Siqueira, Cordeiro, Perracini e Ramos (2004), buscando apoio em seus cuidadores.

Por cuidador, compreende-se a pessoa que é responsável pelo cuidado ou auxílio domiciliar de pacientes debilitados. O cuidador formal é um profissional especializado que é pago para o cuidado exclusivo do paciente. Quando o principal responsável pela atenção ao paciente é alguém próximo, como seu cônjuge, nora e filho, este é denominado cuidador informal (Karsch, 1998). Na maioria dos casos, o cuidado ao idoso é exercido primordialmente por um único familiar. As razões para a escolha desse familiar como o cuidador principal são várias e é necessário que sejam mais exploradas para uma melhor compreensão da dinâmica familiar (Coelho & Diniz, 2005).

A profissão de cuidador de idosos está cadastrada no Catálogo Brasileiro de Ocupações do Ministério do Trabalho e do Emprego (Ministério do Trabalho e do Emprego, 2010), tendo a mesma descrição de babá, mãe social e cuidador em saúde: “Cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (seção Descrição Sumária).

A maior responsabilidade de cuidar dos pacientes no domicílio é dos cuidadores informais, e a tendência é que esse quadro aumente mais durante o século corrente (Navaie-Waliser et al., 2001). Assim, a readaptação às novas condições do paciente ocorre tanto por parte do paciente, quanto da sua família, sendo essa, também, objeto de intervenção. Há uma tendência a destinar o cuidado do idoso dependente à família, mas há pouca discussão a respeito desta temática, de forma que o sistema de saúde fica isento dessa responsabilidade e o Estado preste ajuda de modo pontual. Assim, de modo geral, as instituições de saúde não analisam se as famílias têm a estrutura adequada para lidar com o cuidado ao idoso.

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel (Karsch, 2003, p. 863).

As principais responsáveis pelo cuidado dos idosos são mulheres na fase da meia-idade. Geralmente, estão inseridas no mercado de trabalho e, ao mesmo tempo, sentem-se na obrigação de cuidar dos filhos pequenos e dos pais idosos, caracterizando um fenômeno denominado “geração sanduíche”. Essas mulheres precisam lidar com diversas responsabilidades e fontes de estresse e, geralmente, encontram poucos auxílios familiares, governamentais ou laborais (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011; Climo & Stewart, 2003). A noção da naturalização da função do cuidado na identidade feminina se estabeleceu na sociedade no século XVIII e foi transmitida através das gerações. Mesmo com algumas modificações, como inserção da mulher no mercado de trabalho formal, essa perspectiva ainda é forte na sociedade atual (Caixeta & Barbato, 2004).

A escolha de quem será o cuidador do idoso é uma tarefa complexa, na qual o idoso é um sujeito ativo. Em algumas situações, o cuidador já está predeterminado, estando presentes repetições de padrões, mitos e crenças da família, como juramento de cuidado no casamento, lugar na família – por exemplo, filha mais nova, solteiro – (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006), resignação, imposição familiar, medo de perda ou habilidades para exercer o cuidado (Braz & Ciosak, 2009). Na maioria dos casos, o cuidador é mulher, refletindo a cultura de que o cuidado é uma tarefa essencialmente feminina, sendo natural essa função, assim como outras atividades domésticas, ser exercida majoritariamente por mulheres. Assim, a predominância feminina provém da cultura e imitação (Resende & Dias, 2008). Quando na família de um idoso existem filhas e filhos, geralmente, as mulheres assumem o cuidado e os homens atuam em atividades externas, como por exemplo, levar ao médico e cuidar das finanças (Queroz, 2010). Outras razões para que um familiar torne-se o principal cuidador do idoso envolvem o altruísmo, a reciprocidade, a gratidão do idoso, além de culpa do familiar por faltas passadas ou o familiar passa a cuidar do idoso a fim de evitar críticas sociais (Born, 2008; Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011).

Algumas vezes, os cuidadores também são idosos. Esses casos geralmente ocorrem quando o cuidador principal é o cônjuge. Este assume o papel por ser a pessoa mais próxima ao idoso com agravo de saúde, fator que leva o restante da família a aceitar facilmente esta escolha, além de ser socialmente estabelecido que entre o casal deva haver cuidado mútuo. O cuidador idoso também pode ser um filho ou uma filha que, movido por um sentimento de retribuição aos

cuidados que os pais dedicaram a ele, torna-se responsável pelo cuidado dos pais mais idosos ainda. O cuidado, em uma situação como essa, é percebido como uma obrigação dos filhos e estes possuem um débito para com os pais (Braz & Ciosak, 2009). É necessário que as equipes de saúde considerem as modificações que vêm ocorrendo na instituição familiar nos últimos tempos ao prescreverem os cuidados do paciente no domicílio, como aumento do número de divórcios, maior inserção da mulher no mercado de trabalho, redução do número de filhos, aumento do contingente de viúvas e idosos chefiando famílias (Karsch, 2003).

As pesquisas e teorias em Ciências Sociais têm a tendência de apresentar uma imagem desanimadora sobre as consequências do cuidado de idosos por cuidadores de meia-idade, ao mesmo tempo em que memórias e relatos autobiográficos e relatos fictícios sobre cuidado de idosos frequentemente retratam o cuidado na meia-idade como gratificador, ou mesmo transformador (Climo & Stewart, 2003).

Cuidar de idosos na meia-idade traz algumas dificuldades e, talvez, até prejuízos, pois nesse período da vida a pessoa geralmente está engajada no mercado de trabalho, tem filhos pequenos que demandam tempo e atenção. Porém, essa atividade também pode contribuir como forma de transcendência, de desenvolvimento de habilidades e auxiliar na “revisão de meio de vida”, com reflexões sobre finitude e sobre a sua própria saúde (Climo & Stewart, 2003). Além disso, o cuidado também pode trazer como recompensa a aproximação entre pais e filhos e sentimento de retribuição dos cuidados que os pais destinaram ao longo da vida (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011).

Ainda que encontre aspectos positivos, o cuidador também passa por dificuldades de ordem prática, como conciliar o cuidado com o trabalho. Esse desafio é bastante presente na vida da cuidadora de meia-idade, pois, geralmente, nessa época da vida, o trabalho ocupa lugar central na vida da mulher na atualidade, já que vem aumentando o número de mulheres de meia-idade que trabalham e têm responsabilidades de cuidar de familiares idosos. Uma atividade acaba por interferir na outra. Gordon, Pruchno, Wilson-Genderson, Murphy e Rose (2012) asseguram que as demandas de cuidado e de trabalho têm efeitos estressantes nas mulheres de meia-idade. No entanto, as demandas de trabalho têm impacto global e as de cuidado apenas na família. Os autores discutem que o trabalho pode ser mais central para a identidade das mulheres de meia-idade, aumentando seu impacto sobre outros domínios da vida e criando desafios atitudinais e comportamentais quando a responsabilidade de cuidar torna-se maior.

É provável que o apoio emocional no local de trabalho e o apoio instrumental no cuidado reduza o conflito trabalho-família. As empresas podem incentivar os profissionais a prestar este apoio modificando seus sistemas de recompensa para reforçar comportamentos de apoio. Também podem oferecer treinamento para supervisores e colegas de trabalho sobre como prestar apoio efetivo aos cuidadores - como tornar mais flexível o local de trabalho, divulgar informações aos cuidadores. Se os supervisores e colegas de trabalho compreenderem os tipos

de problemas criados por responsabilidades de cuidado, eles podem oferecer apoio aos funcionários em suas atividades diárias de trabalho (Gordon et al., 2012).

É necessário perceber que os familiares precisam de ajuda não apenas para cuidar do paciente, mas também para promover a sua própria saúde e bem-estar. Os cuidadores familiares aparecem no sistema de saúde como “pacientes esquecidos” por não receberem a devida atenção, mesmo sendo uma população crescente e com muitas demandas. Os cuidadores informais exercem sua função praticamente sem nenhum auxílio e passam por muitas dificuldades para ter acesso aos serviços formais de saúde. Assim, ações voltadas para a promoção da saúde dos cuidadores familiares não apenas suprem uma demanda imediata, mas beneficiam a sociedade (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009).

### **2.3 Saúde do cuidador: desafios e tendências**

As intervenções com familiares não têm apenas a intenção de melhorar a saúde do paciente, mas também pretendem propiciar alívio para os próprios cuidadores, pois estes necessitam de suporte emocional ao lidar com o familiar adoecido (Ho, Chan, Woo, Chong & Sham, 2009). Os profissionais de saúde precisam perceber os cuidadores como pacientes também, já que a doença crônica afeta toda a família. Nota-se a necessidade de práticas efetivas que estruturam o trabalho do cuidador para preservar a sua saúde (Coelho & Diniz, 2005; Resende & Dias, 2008).

Em vários estudos (Camargo, 2010; Figueiredo et al., 2009; Garrido & Menezes, 2004) é discutida a sobrecarga que os cuidadores sofrem devido à tarefa do cuidado. Na investigação de Kim e Schulz (2008) sobre a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos com quatro tipos de agravos de saúde (câncer, demência, diabetes e idosos frágeis), os autores constataram que os cuidadores dos idosos que sofriam de câncer e demência tinham maiores níveis de sobrecarga e *distress*. Verifica-se, então, que o tipo de doença também pode afetar a sobrecarga.

Devido a esse resultado, é preciso considerar o grau de enfermidade e dependência do idoso ao estudar a sua relação com o cuidador. O *distress* do cuidador é multideterminado, ou seja, definido por vários aspectos como eventos individuais, históricos, biológicos, psicossociais e histórico-culturais. Assim, o *distress* não se manifesta de modo único, mas varia de cuidador para cuidador e até no mesmo cuidador ao longo do tempo (Neri, 2009a). A sobrecarga e a privação de relações parecem ser mais estressantes do que o esforço físico e o tempo dispendido na realização das tarefas (Perracini & Neri, 2002). Os cuidadores podem expressar sentimentos antagônicos em curto espaço de tempo, como culpa pelo sofrimento do familiar ou a crença de que não está cuidando da maneira “correta” (Silveira et al., 2006).

O estresse do cuidador tende a ser maior quando as motivações para o cuidado são as pressões externas, expectativa social, ou sentimentos de dever e culpa. Quando existem motivações intrínsecas para o cuidado – decisão de ser o cuidador principal, percepção do

cuidado como um princípio de vida -, a satisfação do cuidador tende a ser maior. Assim os fatores pessoais podem ser mais preditores de satisfação do que a natureza da tarefa em si (Lyonette & Yardley, 2003). Os cuidadores precisam dispor de recursos pessoais para o exercício da atividade do cuidado. Os recursos internos ou externos são influenciados por experiências anteriores, capacidades físicas, sociais, recursos econômicos e condições de vida. As mudanças na dinâmica familiar “podem ter efeitos positivos ou negativos para o cuidador ou para o idoso que está recebendo cuidado” (Torres, Sé & Queroz, 2009, p.90).

Com relação à saúde geral do cuidador, Rösler-Schidlack, Stummer e Ostermann (2010) compararam a percepção de saúde de cuidadores jovens, de meia-idade e mais velhos. Averiguaram que o grupo de cuidadores idosos obteve maiores valores de saúde e menores escores de sobrecarga psicológica em comparação com os mais novos. Os autores explicaram esse resultado considerando que apenas pessoas mais velhas que sejam saudáveis podem lidar com as demandas do papel de cuidador, portanto, para idosos que já estão com problemas de saúde não é indicado que se tornem cuidadores.

Assim, os cuidadores familiares se deparam com situações nas quais algumas necessidades se sobrepõem, gerando o desenvolvimento de estratégias para administrar os conflitos. A tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio está relacionada com a sobrecarga e o estresse. Entre as estratégias utilizadas por cuidadores para alcançar esse equilíbrio, estão: administrar problemas emocionais e comportamentais; alterar atividades e horários; construir/reconstruir uma equipe de trabalho; executar trabalho em equipe; encontrar estratégias de cuidado inovadoras; engajamento em atividade de autocuidado e gerir o tratamento (Shyu, 2000a).

Na pesquisa de Perracini e Neri (2002) com cuidadoras de idosos de alta dependência, sobre as tarefas de cuidado, atividades semelhantes foram classificadas como fáceis e difíceis por diferentes cuidadoras. Essas cuidadoras relataram que as suas maiores necessidades são a ajuda de uma pessoa treinada e a divisão das responsabilidades com alguém da família. No entanto, mostraram dificuldade em pedir ajuda a outras pessoas da família para ter um tempo de lazer. Segundo as autoras, essa dificuldade ocorre porque pode desestabilizar seu senso de competência, de dever e de doação. Também constataram que a estrutura psicológica das cuidadoras está relacionada a três dimensões: tipo de cuidado, natureza esporádica ou contínua das tarefas, demandas e suporte recebido. A sobrecarga tende a ser maior no início do desempenho desse papel, depois diminui ou se estabiliza dependendo de como o cuidador se adapta à tarefa e como esta afeta a sua vida. Assim, não se pode afirmar que cuidar de idosos irá gerar um prejuízo. Pensar desse modo é adotar um modelo linear simplificado que não analisa a situação em sua complexidade (Neri & Sommerhalder, 2002).

Mesmo que esteja sendo estimulado que o idoso permaneça sob os cuidados da família, poucos profissionais analisam se a família tem reais condições, financeiras e emocionais, de



cuidar do idoso. Além disso, dentro da própria família também existam conflitos com relação à divisão do cuidado entre os membros familiares. Eventos ocorridos na relação familiar, anteriores à doença, afetam o modo como os cuidadores lidam com o cuidado (Coelho & Diniz, 2005). As diferenças sociodemográficas também precisam ser consideradas, pois cada grupo populacional possui características peculiares no cuidado ao familiar (Neri & Sommerhalder, 2002). É preciso conhecer a estrutura familiar, quais cuidados são necessários, quanto tempo é despendido neles, ter clareza sobre as características da doença e como é feito o acompanhamento por profissionais. Diferentemente de outros países mais desenvolvidos, no Brasil, há pouco investimento em políticas públicas que ofereçam suporte a idosos e aos seus cuidadores, causando a exclusão social do idoso, principalmente daqueles mais desamparados financeiramente (Karsch, 2003).

Os cuidadores queixam-se de falta de tempo para cuidar de si e impossibilitando atividades de lazer. A atividade de cuidar acaba por configurar-se como um trabalho solitário. Um modo dos profissionais de saúde contribuir para a promoção da saúde do cuidador e do idoso, é compreender o cuidador como um coadjuvante no tratamento do idoso, podendo auxiliar na sistematização das tarefas e na manutenção da capacidade funcional do paciente, e não como um empecilho (Camargo, 2010).

O suporte destinado aos familiares nem sempre os auxilia. É importante distinguir entre suporte percebido e suporte realmente recebido. A maioria dos estudos não traz direcionamentos claros de como diferenciá-los. Também é importante definir o tipo de suporte em sócio-emocional ou instrumental. O suporte trará resultados positivos quando for do tipo que o cuidador necessita naquele momento (Smerglia, Miller, Sotnak & Geiss, 2007). De acordo com Guedea et al. (2006), os cuidadores de idosos manifestam necessidades emocionais (estabelecer uma relação de confiança para compartilhar o mal-estar gerado pelas dificuldades do cuidado e necessidade de ser valorizado pelo seu trabalho), necessidades de apoio econômico e prático-instrumental (divisão de tarefas entre familiares e auxílio para grandes despesas) e necessidades de orientação (apoio informacional para lidar com a saúde do idoso e outros problemas familiares). Camargo (2010) ressalta a importância da implementação de intervenções que acompanhem o cuidador buscando prevenir ansiedade, detectar vulnerabilidades precocemente e diminuir a sobrecarga.

Uma pesquisa realizada por Koerner, Shirai e Kenyon (2010) mostrou que os cuidadores que possuem menor apoio socioemocional relataram mais estressores direta e indiretamente ligados à atividade de cuidado e mais sintomas depressivos, além de demonstrarem maior reatividade nos dias que a tarefa de cuidar era mais intensificada. Os autores afirmam que intervenções focadas na saúde física e mental de cuidadores podem diminuir a quantidade e intensidade de estressores extrínsecos à atividade de cuidado.

Verifica-se que a família exerce uma função importante no cotidiano de grande parte dos idosos e influenciam nos seus resultados de saúde. Também parece estar claro que os familiares são afetados pelas doenças dos seus idosos e pelo cuidado provido a eles e, no entanto, não são assistidos nessas dificuldades. Assim, as mudanças na saúde do idoso implicam transformações em todo o sistema familiar, alguns períodos críticos, como internações e retornos ao domicílio, merecem atenção especial.

## **CAPÍTULO 3 - TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO: UM ENFOQUE EM SAÚDE DO IDOSO**

Como já mencionado anteriormente, a grande quantidade de patologias crônicas e múltiplas na população acima de 60 anos leva a muitas internações dessas pessoas. As hospitalizações dos idosos, muitas vezes recorrentes, podem trazer várias modificações na sua vida e, conseqüentemente, na rotina familiar. Geralmente, são implementadas mudanças no tratamento, estilo de vida e/ou funcionalidade do paciente quando este retorna ao domicílio e ao predomínio dos cuidados familiares. A maneira como o idoso e seus cuidadores compreendem, aceitam e são apoiados nessa transição e no período pós-alta influi na sua saúde e bem estar. Partindo dessas premissas, este capítulo conceituará a alta hospitalar e as peculiaridades desta transição para o paciente idoso. Será discutida a internação e as suas conseqüências para a saúde do idoso. Serão abordados os problemas da reinternação para essa população e os fatores que podem evitá-la, bem como intervenções que podem propiciar uma boa transição hospital/domicílio para o idoso e sua família. Também serão apresentados estudos desenvolvidos sobre a alta hospitalar com pacientes idosos.

### **3.1 Alta hospitalar do idoso: delimitação de uma transição em saúde**

Para discutir a alta hospitalar é preciso compreender como ela passou a existir na sociedade, e como o modo de se pensar em saúde e doença se transforma ao longo do tempo. Apenas no fim do século XVIII é que o hospital começa a ter função curativa. Antes disso, o hospital servia para assistir aos pobres e era dissociado da prática médica, servindo como morredouro. Essa separação entre medicina e hospital ocorre até meados do século XVIII, só então se iniciou a convergência entre medicina e hospitalização (Foucault, 1979/2008).

“A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (Foucault, 1979/2008, p.130). Surge, então, o médico de hospital, e este detém o poder. É apenas nesse momento que a alta hospitalar surge, pois enquanto não havia cura no hospital, não era possível a reintegração do paciente na sociedade.

Atualmente, o hospital está enquadrado no modelo capitalista, sendo uma empresa que oferece serviços de saúde e consome mão de obra, mostrando-se atualmente como uma empresa lucrativa. Este modelo permite a terceirização de hospitais, possibilitando a independência de setores do hospital. Esse modo de conceber o funcionamento hospitalar tem implicação na descentralização da gestão do hospital, dificultando a sua administração como um todo (Cosnier, 1994; Soboll, 2003).

O paciente idoso, ao longo de sua velhice, geralmente, apresenta doenças crônicas e comorbidades, sendo comum a necessidade de hospitalizações. Esse período costuma ser difícil

para o paciente, ele pode sentir perda de controle da sua vida e despersonalização, porque as decisões sobre o que será feito com a sua saúde passam a ser tomadas por outras pessoas da sua rede familiar. Além desses, em alguns casos, ele passa a obedecer às normas do hospital, no qual, muitas vezes, é tratado apenas como um corpo a ser observado e manejado. Os pacientes se encontram em um estado de submissão e dependência, dispendo de pouco controle sobre o ambiente e sobre o seu próprio corpo, se expõem e dispõem de pouca privacidade (Cosnier, 1994; Straub, 2005).

A hospitalização, apesar de necessária, traz consigo mais riscos ao paciente idoso do que a outras faixas etárias, sendo importante destinar maior atenção para ele. Quando o idoso chega ao hospital em situação de emergência, é acometido por emoções intensas. O paciente, nessas circunstâncias, pode apresentar dificuldade de expressar seus sentimentos e simbolizar o seu adoecimento (Arrais, Oliveira & De Paula, 2012). Além da atenção oferecida durante o período de internação do paciente idoso, deve ocorrer um cuidado especial durante a transição desse paciente do hospital para o domicílio, por ser um período crítico de risco para a saúde tanto do idoso como de sua família (Shyu, 2000a).

Durante a hospitalização do idoso, é habitual ocorrer declínio funcional. Em uma investigação sobre a independência funcional de idosos hospitalizados, os pacientes do sexo masculino foram os que apresentaram maior declínio funcional motor durante a hospitalização, enquanto as idosas mostraram maiores declínios cognitivo ou social. Tais diferenças foram atribuídas ao desempenho dos diferentes papéis sociais exercidos por homens e mulheres na sociedade. Os pesquisadores também averiguaram que quando um paciente manifesta declínio funcional durante a hospitalização, ele tem 50% de maior probabilidade em ter episódios de reinternações. Um idoso que sofre uma nova hospitalização tem mais chances de apresentar declínio funcional, formando, portanto, um ciclo vicioso (Kawasaki & Diogo, 2007).

A hospitalização é concebida em três estágios: pré-hospitalização, hospitalização e pós-hospitalização; cada um desses estágios possui subestágios. Os idosos utilizam estratégias para administrar o processo de hospitalização. Estas estratégias podem ser de três tipos: introspectivas – revisão de vida, pensamento mágico, preocupação, atitude de ajustamento; interativas – gestão de informação, gerenciamento de imagem, reciprocidade nas relações; ativas – manter a saúde, assumir responsabilidades (Jacelon, 2003).

Há necessidade de grande atenção para as informações fornecidas ao paciente idoso durante a internação. Mesmo que ele saiba o motivo pelo qual foi hospitalizado, pode desconhecer as características da sua doença e do tratamento (Ribeiro & Diogo, 2010). O nível de detalhamento desejado de informações varia de acordo com o paciente. Alguns preferem uma informação geral, por exemplo, porque sentem que a informação detalhada seria muito difícil de compreender ou porque preferem pesquisá-la sozinhos, enquanto outros querem informações abrangentes. De modo geral, os idosos dão mais importância à relação de confiança e a ter

tempo suficiente para receber informações do que ao processo de tomada de decisão. As informações escritas podem auxiliar, pois os pacientes podem estar nervosos na hora da consulta, dificultando reter a informação. Os idosos também valorizam o fato de serem acompanhados pelo mesmo profissional por um longo período, pois este já conhece a sua história, não sendo necessário repeti-la a cada consulta. Fornecer informações a idosos frágeis é um desafio para os profissionais, pois podem apresentar problemas auditivos e/ou cognitivos, além de, muitas vezes, mostrarem-se relutantes para fazer perguntas por medo de o profissional perder tempo com perguntas desnecessárias. No entanto, algumas estratégias podem ser adotadas, como, por exemplo, levar um familiar para a consulta e preparar as perguntas anteriormente (Robben et al., 2012).

É essencial que as informações sobre o estado de saúde do paciente e seu prognóstico sejam explicitadas de forma clara para o paciente e sua família (Araujo, 2009). Se o paciente e seus familiares não recebem informações apropriadas sobre o tempo de recuperação, os pacientes, na tentativa de reconquistar sua independência, podem desenvolver atividades que ainda não estão preparados, colocando sua saúde em risco (Grimmer, Moss & Falco, 2004).

A alta hospitalar é uma transição específica que obriga a continuidade de cuidados com a saúde, que requer um planejamento global de atendimento por profissionais de saúde bem treinados em cuidados crônicos e informados sobre as necessidades do paciente, suas preferências e seu estado clínico. Deve incluir durante a alta do paciente uma logística destinada à educação do paciente e da família e coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos (Coleman & Boulton, 2003; Pearson, Procter, Wilcockson & Allgar, 2004; van Walraven, Mamdani, Fang, Austin, 2004).

Idosos que ainda estão muito doentes não devem receber alta, pois pode ser necessário readmiti-los em pouco tempo. Se isso acontece em menos de um mês de alta, além de não ser vantajoso economicamente para o hospital, acarretará sofrimento psicológico ao paciente. Assim, os serviços de saúde e assistência social precisam ser bem coordenados para assegurar que a transição para o domicílio não seja prejudicial ao paciente (McLeod, Bywaters, Tanner & Hirsch, 2008). Intervenções domiciliares podem ser realizadas antes de o paciente receber a alta, para adaptar o ambiente a fim de melhorar o desempenho das atividades de vida diária e preparar o cuidador (Lannin et al., 2007).

Existem vários desafios para administração de cuidados com o propósito de melhorar o atendimento e reduzir reinternações rápidas, entre eles estão: alta taxa de rotatividade entre a equipe de saúde; muitos médicos estão limitando a sua prática para internação ou ambulatório; os sistemas de saúde tendem a fragmentação e a menor integração do agudo, subagudo e serviços domiciliares. Ainda há a dificuldade de planejar a transição considerando as diferenças de estado de saúde, educação e etnia (Golden et al., 2010).

Uma questão referente à alta hospitalar que necessita ser destacada é a descentralização dos cuidados com os idosos, buscando-se formar uma rede de apoio social na comunidade do paciente para auxiliá-lo e seus familiares na sua transição do hospital para casa e na manutenção dos seus cuidados de saúde (McLeod et al., 2008). O momento da alta pode ser configurado como uma “desassistência”, o hospital devolve o paciente à família e “entrega” os cuidados do paciente a ela, partindo da premissa de que o Estado não deve se envolver nos cuidados oferecidos pela família (Castro & Camargo Junior, 2008).

Particularmente, com relação aos cuidadores, Shyu (2000b) estabeleceu três níveis de cuidado que possuem necessidades diferentes: (a) *Role engaging*, que se refere às necessidades de informação em saúde, bem como sobre a condição do paciente, o monitoramento e a administração dos sintomas e emergências. Quanto maior a dependência funcional do paciente e menor a experiência do cuidador, maior é a necessidade de informação; (b) *Role negotiating*, trata das necessidades de assistência específica para o paciente, lidar com emoções do paciente e criação de serviços contínuos; e (c) *Role settling*, relacionado ao suporte emocional. Em todas essas fases, é importante que diversas pessoas estejam envolvidas no cuidado para não haver sobrecarga.

Além dos cuidadores, voluntários e profissionais remunerados podem auxiliar os pacientes idosos em atividades relacionadas a direitos, educação, contato interpessoal e apoio para enfrentar barreiras psicológicas e, ainda, para uma maior integração social, após a alta (Pearson et al., 2004). Contudo, para exercer essas funções de modo satisfatório, é necessário treinamento (McLeod et al., 2008). As internações domiciliares e *home care* também são sugeridos como alternativas para diminuir o tempo de internação e melhorar a transição hospital-residência.

Entre as finalidades do atendimento domiciliar estão a redução das internações hospitalares, a inserção social do idoso na comunidade, o aumento da qualidade de vida de idosos e familiares, a preservação da autonomia do idoso e participação do idoso e dos familiares no tratamento. Este tipo de atendimento oportuniza questionamentos éticos no que diz respeito ao cuidador, ao provedor de cuidado domiciliar, ao domicílio, à dignidade de morrer, entre outros. É necessário manter sempre a reflexão crítica sobre o trabalho proposto e sobre os processos decisórios relativos ao tratamento do idoso no domicílio. Deve-se questionar a razão de desenvolver o trabalho no domicílio e focar-se mais nas necessidades reais do pacientes e da sua família do que nas questões financeiras (Floriani & Schramm, 2004). Para Carneiro e França (2011), é necessário que o governo tome medidas que incentivem o atendimento domiciliar realizado por profissionais treinados, com o intuito de reduzir internações hospitalares.

A reinternação precoce pode ainda ser o resultado de internações anteriores decorrente de cuidados deficitários na saúde. Alguns fatores podem estar relacionados com o risco

de readmissão hospitalar de pessoas idosas, como: internação hospitalar anterior, maior tempo de internação, morbidades/comorbidades dos pacientes e desabilidades funcionais (García-Perez et al., 2011), além de idade superior a 80 anos; cinco ou mais comorbidades; limitação funcional; diagnóstico passado ou atual de depressão; falta de material educativo fornecido ao paciente e/ou familiares na alta; abuso de álcool; sistema de apoio inadequado; residir em uma comunidade de baixa renda (Golden et al., 2010).

No entanto, é possível reduzir as taxas de reinternação com intervenções focadas no paciente e na família por meio de estratégias que determinem a melhor maneira de incluir o paciente e o cuidador familiar na transição (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006). Assim, apesar de se perceber a necessidade da participação ativa de pacientes e familiares no planejamento da alta e que o hospital é estruturado mais para tratar doença e não para promover saúde, ele ainda é o local mais investido na atenção à saúde do que os outros sistemas de suporte social (Costa Neto & Araujo, 2008). Para que esta participação seja efetiva, é necessária uma mudança da postura curativa do hospital e uma avaliação realista das limitações e benefícios do sistema de cuidados das complexas necessidades dos pacientes (Pearson et al., 2004).

A Portaria nº 2.528, do Ministério da Saúde, atesta como desafios que precisam ser enfrentados “a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio” (2006, p. 04), além do número insuficiente de serviços de atenção domiciliar e equipes multiprofissionais e interdisciplinares, sendo necessária a implantação de Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

A Lei nº 10.741 (Diário Oficial da União, 2003), que regulamenta o Estatuto do Idoso, no Capítulo IV – Do direito à saúde, prevê que:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

A legislação também garante o atendimento em ambulatórios, unidades geriátricas de referência, reabilitação e serviço domiciliar quando for necessário. A mesma Lei obriga o profissional de saúde responsável pelo idoso a autorizar a permanência de um acompanhante durante todo o período de internação.

Além dessa determinação de abrangência nacional, em 2011, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, por meio da Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa

com Deficiência (PRODIDE), divulgou a seguinte recomendação sobre a alta hospitalar de pacientes idosos:

a) **ao prescrever alta para pessoas idosas o médico indique as condições especiais que o paciente exige para deixar o leito hospitalar, fornecendo orientações pormenorizadas sobre tais condições, tanto do ponto de vista médico quanto de enfermagem;**

b) no caso de o idoso exigir condições especiais de atenção à saúde quando da alta hospitalar, verificar se as pessoas ou instituição que devam recebê-lo estão em condições de prestar-lhe os devidos cuidados.

Essa recomendação assegura a continuidade do acompanhamento da saúde do idoso em todos os níveis de atenção, inclusive, em seu domicílio quando não puder locomover-se. Estão incluídos, neste acompanhamento, os cuidados pós-alta. No entanto, há uma indefinição no sistema de saúde sobre quem, entre os níveis de atenção, é o responsável pelo cuidado dos pacientes após a internação. Os pacientes têm necessidades específicas de cuidado após a alta, mas não existem serviços para suprir esta demanda. Da forma como está estruturada, a família é quem assume os cuidados, mas há de se questionar se a família consegue compreender e praticar as ações necessárias para o cuidado do paciente, considerando que requer conhecimentos específicos e técnicos. Assim, forma-se uma lacuna no sistema de saúde entre a hospitalização e os cuidados pós-alta, construindo-se uma barreira entre os níveis de atenção (Castro & Camargo Junior, 2008).

### **3.2 Estudos sobre alta hospitalar: uma breve revisão**

Os estudos sobre a alta hospitalar ainda são escassos, principalmente, quando se buscam estudos brasileiros. A maioria das pesquisas sobre o tema publicadas entre 2000 e 2011 pode ser dividida em duas categorias: (a) estudos sobre a percepção de pacientes, familiares e a equipe de saúde; e (b) estudos sobre aplicação e avaliação de intervenções que buscam melhorar essa transição e reduzir reinternações.

Como exemplos desta primeira categoria podem ser citados: Em uma pesquisa realizada por Benzar et al. (2011), com pacientes e cuidadores que receberam cuidados paliativos após a alta hospitalar, os participantes relataram que não foram bem orientados a respeito do prognóstico e demonstraram dificuldade no manejo dos sintomas. Os pacientes também não foram orientados sobre a quem recorrer caso tivessem alguma dúvida ou dificuldade relacionada à saúde do paciente. Essas queixas dificultam a recuperação e o bem-estar do paciente e



demonstram o despreparo no planejamento da alta, principalmente com pacientes que demandam cuidados pós-internação, caso de grande parte dos idosos.

Com relação às decisões relativas à alta hospitalar, Pearson et al. (2004) indicaram que a metade dos pacientes internados teve o seu tratamento modificado durante a internação, fato que requer maior adaptação após a alta. Os autores perceberam, ainda, que manter seus valores, identidade e papel social foram importantes para os pacientes no manejo de seus problemas de saúde. Outro resultado interessante foi que em aproximadamente metade dos pacientes, havia ajuda recíproca com outras pessoas, ou seja, não apenas recebiam cuidados, mas também ofereciam apoio.

Huber e McClelland (2003) estudaram a importância das preferências e da participação de pacientes e familiares no planejamento da alta. A amostra foi constituída por 37 idosos e 25 idosas de 60 a 92 anos com insuficiência cardíaca ou diabetes *mellitus* e seus acompanhantes. Os participantes responderam a um questionário sobre as preferências relativas à alta hospitalar, a um instrumento de avaliação da qualidade de vida próprio para a doença específica e a um instrumento para avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem. Os autores ressaltaram a importância de considerar essas preferências no planejamento da alta para evitar a reinternação. Indicaram, ainda, a carência de ferramentas para auxiliar os profissionais de saúde a acessar essas preferências.

Outra pesquisa desta categoria é um estudo de caso com 14 familiares a fim de descrever as suas perspectivas em relação à alta hospitalar de pacientes com doença arterial coronariana, internados para tratamento clínico ou cirúrgico. Foram identificadas três categorias principais: a doença como um problema, o “coração significando tudo” e a volta para casa após a alta hospitalar. O momento da alta traz sentimentos ambíguos para a família, ao mesmo tempo há o alívio pela saída do paciente do hospital e a preocupação com o manejo da reabilitação, as novas funções a desempenhar e adaptação à nova rotina (Dantas, Stuchi & Rossi, 2002).

Na segunda categoria destacam-se: Cunliff et al. (2004) avaliaram a alta precoce e o serviço de reabilitação para pessoas idosas por meio de estudo randomizado controlado comparando alta precoce e reabilitação com tratamento padrão do hospital. Foram utilizados questionários para pacientes e cuidadores depois de três e 12 meses de alta e realizadas entrevistas com pacientes e funcionários após a alta, após quatro semanas e três meses. Nos três primeiros meses, o grupo de alta precoce demonstrou maior capacidade em AVD's e tanto pacientes como cuidadores apresentaram melhor bem-estar psicológico. Antes da alta, a maioria dos participantes estava ansiosa em voltar para casa, mas desejosos de fazê-lo. Muitos se sentiam vulneráveis, temiam não ser capazes de lidar com atividades do dia a dia e estavam preocupados sobre ser um fardo para suas famílias. Os autores concluíram que alguns idosos podem ter alta hospitalar mais cedo com melhores resultados de saúde acompanhados por um serviço de alta precoce organizado, bem equipado e centrado no paciente.

Uma intervenção destinada a incentivar pacientes idosos e seus cuidadores a exercerem um papel mais ativo em transições de cuidados a fim de reduzir as taxas de re-hospitalização foi avaliada por Coleman et al. (2006). Foi realizado um estudo controlado randomizado (n=750), a intervenção consistiu em: (a) ferramentas para promover a comunicação entre instâncias, (b), o incentivo a assumir um papel mais ativo no seu cuidado, e (c) a continuidade das orientações e orientação de um "treinador de transição". As taxas de reinternação foram avaliadas aos 30, 90 e 180 dias. Os resultados mostraram que essas taxas foram menores no grupo de intervenção nos três tempos. Os autores depreenderam que são necessárias estratégias para determinar a melhor forma de incluir o paciente e o cuidador familiar nos cuidados durante as transições e que é possível reduzir as taxas de reinternação com intervenções focadas no paciente e na família, atenção para conciliar medicações e continuidade nos cuidados de saúde.

Para determinar o impacto de um plano de alta, envolvendo uma equipe multidisciplinar de prestadores de cuidados de saúde primários no tempo de internação hospitalar, qualidade de vida, satisfação com os procedimentos de alta, foi desenvolvido um estudo prospectivo, randomizado e controlado, com 189 pacientes com doenças cardiorespiratórias crônicas. Os pacientes que receberam os cuidados do plano de alta tiveram melhorias significativas na participação do planejamento da alta, acesso aos serviços de saúde e confiança nos procedimentos de alta. Na primeira semana pós-alta, melhorou a percepção de qualidade de vida mental dos pacientes. Contrariando resultados prévios, não houve diferença no tempo de internação (Preen et al., 2005).

Na avaliação da satisfação de um grupo de idosas e cuidadores com o planejamento de alta, as participantes afirmaram se sentirem em condições de dar continuidade aos cuidados. As informações consideradas mais importantes pelas participantes estavam relacionadas com o principal problema apresentado pela idosa (Marin & Angerami, 2000).

Outro programa grupal de preparo para a alta foi realizado por Cesar e Santos (2005), com cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os familiares ficaram satisfeitos e sugeriram mais dias e horários para encontros. O programa tinha a finalidade de incentivar a autonomia do idoso e valorizava a interação do cuidador familiar no processo de recuperação do idoso com quadro de AVC.

Utilizando o método quase-experimental em seis hospitais gerais, na Bélgica, Steeman et al. (2006) avaliaram se a implementação da gestão de alta por assistentes sociais ou enfermeiros treinados reduz reinternações e institucionalizações de pacientes geriátricos. Havia 355 pacientes no grupo experimental e 469 no grupo controle. Houve menos taxa de institucionalização no grupo experimental e as taxas de readmissão entre a intervenção e o grupo de cuidados habituais não foram significativamente diferentes.

Um programa de alta hospitalar foi testado com um estudo randomizado e controlado. A alta estruturada foi dividida em três fases: (1) No hospital, envolvendo esclarecimento ao paciente sobre os seus diagnósticos; orientações sobre consultas e exames a serem realizados após a alta; discussão dos exames com o paciente; organização dos serviços para o pós-alta; confirmação do plano medicamentoso com o paciente; conciliação do plano de alta de acordo com os *guidelines*; revisão das medidas de ação em caso de intercorrências após alta; resumo de alta para acompanhamento do paciente no pós-alta; e avaliação do grau de entendimento do paciente – pedir que explique o que compreendeu. (2) Cuidados pós-alta, compreende a entrega do plano de alta ao paciente contendo motivo da internação, medicamentos, informações sobre o acompanhamento pós-alta, calendário com consultas e exames e resultados dos exames. (3) Telefonema pós-alta, reforço do plano de alta, revisão da medicação e resolução de problemas. O grupo de intervenção apresentou 30% menos reinternações em um prazo de 30 dias do que o grupo controle (Jack et al., 2009).

De modo geral, as pesquisas têm mostrado a complexidade dos aspectos envolvidos na alta hospitalar, que muito frequentemente os pacientes e cuidadores apresentam dúvidas e inseguranças devido à preocupação com os cuidados com a saúde, às modificações no tratamento e à conseqüente necessidade de assimilar grande quantidade de informações. Também são mostradas as dificuldades de intercessão entre diferentes instituições e níveis de atenção à saúde e os diversos agentes que a alta requer.

Buscando solucionar esses problemas, os pesquisadores propõem e testam modos de intervenção visando promover saúde ao paciente idoso e seus familiares, bem como evitar reinternações desnecessárias e tão onerosas ao sistema de saúde e ao paciente (ônus financeiro, prejuízo na capacidade funcional do idoso etc.). Essas intervenções buscam engajar idosos e cuidadores nos planejamento do tratamento, respeitando suas opiniões, condições de vida e ambientais. Visam também uma relação mais estreita entre os serviços hospitalares e comunitários, de forma a desenvolver uma continuidade nos cuidados ao paciente.

Estas pesquisas mostram que ainda há muito a ser estudado sobre a alta hospitalar. Pacientes e familiares apresentam dificuldades específicas e algumas intervenções estão sendo desenvolvidas e apresentando resultados interessantes. Ainda é necessário descobrir que diferenças existem na alta em diferentes culturas, que ações poderiam ser eficazes, qual o papel da família na alta e pós-alta de idosos, quem pode atuar para a melhora da qualidade de vida do idoso que sofre internações e como fazer isso, que medidas podem reduzir as readmissões.

Mais especificamente, é preciso averiguar se os resultados apresentados pelos estudos internacionais sobre alta hospitalar correspondem à realidade das diversas regiões brasileiras e, portanto, podem ser utilizados como base para intervenções nas instituições brasileiras.

É preciso investigar quais intervenções são possíveis de serem realizadas no contexto brasileiro e quais são as condições para as suas implementações. Além disso, é preciso

preocupar-se em como avaliar essas intervenções, que profissionais devem estar envolvidos e qual a participação do paciente e familiar no plano de alta.

Há a necessidade de estudar que outros serviços podem ser criados ou adaptados e se a rede sociocomunitária é adequada e está preparada. É preciso, ainda, examinar como a percepção, as necessidades e a relação com o cuidador se modificam nas diferentes condições de saúde do paciente. Percebe-se a urgência de estudar a alta hospitalar do paciente idoso, no Brasil, já que esta população cresce muito rapidamente, necessitando cada vez mais dos serviços de saúde e de internações hospitalares, que são muitas vezes, desnecessárias.

## **CAPÍTULO 4 – DELINEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO**

Tendo em vista os conteúdos discutidos nos capítulos anteriores, os objetivos desta pesquisa serão agora apresentados. Para atingi-los, utilizou-se o delineamento de pesquisa misto a fim de compreender o fenômeno da alta hospitalar do idoso de modo mais abrangente. Além dos objetivos, serão expostos neste capítulo, os procedimentos metodológicos e éticos adotados na pesquisa de campo, incluindo a descrição dos participantes da pesquisa, os instrumentos utilizados, a descrição da coleta e análise dos dados.

### **4.1 Objetivos**

Com objetivos para esta pesquisa determinou-se:

#### Objetivo geral

Identificar, analisar e compreender como a alta hospitalar é percebida por pacientes idosos e seus cuidadores informais.

#### Objetivos específicos

1. Identificar percepções, necessidades, expectativas e dificuldades de pacientes idosos e seus cuidadores em relação à alta hospitalar.
2. Identificar percepções, necessidades, expectativas e dificuldades de idosos e seus cuidadores na execução de cuidados e de atividades de vida diária após a alta hospitalar.
3. Comparar percepções, necessidades, expectativas e dificuldades de pacientes e cuidadores nas etapas pré-alta e pós-alta hospitalar.

### **4.2 Participantes**

A amostra deste estudo foi por conveniência, sendo constituída por 30 idosos internados no Hospital Regional da Ceilândia, Distrito Federal, e 25 familiares cuidadores. Outros três idosos e três cuidadores fizeram parte de um estudo piloto. Em relação ao idoso, foram adotados como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; ter como cuidador principal um membro familiar; ter condições para prestar as informações solicitadas na pesquisa; e expressar sua concordância em participar. No que tange ao cuidador, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; ser cuidador informal e principal do idoso; ter vínculo familiar; ter condições para prestar as informações solicitadas na pesquisa e aceitar participar.

### 4.3 Instrumentos

Na pesquisa, foram empregados:

- *Questionários sociodemográficos* (versão paciente e cuidador): os questionários foram desenvolvidos para este estudo e têm como propósito caracterizar a amostra em termos de sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, local em que reside, religião e composição familiar (ver Anexo I).

- *Questionário de Continuidade do Cuidado do Paciente (QCCP)*: desenvolvido e validado por Hadjistavropoulos, Biem, Sharpe, Bourgault-Fagnou e Jazen (2008), da *University of Regina*, Canadá, é um questionário autoaplicável que avalia o cuidado recebido durante a alta. O instrumento QCCP é uma tradução do instrumento *Patient Continuity of Care Questionnaire* (PCCQ) e foi adaptado do instrumento *Heart Continuity of Care Questionnaire*, desenvolvido para avaliar a continuidade do cuidado de pacientes cardíacos. A diferença entre os dois instrumentos é que o PCCQ foi desenvolvido para aplicação a outros grupos de pacientes, já que a continuidade do cuidado é importante para pacientes com outras patologias que necessitaram de internação.

O instrumento examina seis temas principais relacionados à experiência de alta: (a) relacionamento no hospital; (b) relacionamento na comunidade; (c) transmissão de informações; (d) organização de documentos; (e) continuidade do cuidado; (f) comunicação. As respostas são pontuadas por meio de uma escala de cinco pontos: 1 (discordo fortemente) até 5 (concordo fortemente). Contém 41 questões, sendo 27 aplicadas antes da alta e 14 aplicadas após a alta hospitalar. O instrumento pode ser respondido pelo cuidador quando o paciente não conseguir fazê-lo.

O PCCQ foi utilizado para avaliar um *checklist* para ser usado por enfermeiros na continuidade de cuidados de pacientes ortopédicos. O questionário mostrou-se adequado nessa avaliação (Hadjistavropoulos, Garratt, Janzen, Bourgault-Fagnou & Spice, 2009).

O instrumento foi originalmente desenvolvido na língua inglesa (Hadjistavropoulos et al., 2008). Para esta pesquisa, foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa (ver Anexo II). Foi elaborada uma primeira versão, que, após passar por uma tradução reversa, foi avaliada por pares. Posteriormente, foram feitos ajustes para se concluir a versão final.

- *Roteiros de entrevista semiestruturada*: foram elaboradas quatro versões destinadas ao paciente e ao cuidador, que foram aplicadas nas etapas 'antes da alta' e 'após a alta', para levantamento de suas percepções relacionadas a tal experiência (ver Anexos III e IV).

#### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

Após obter autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ver Anexo V) para realização da pesquisa, fez-se contato com a equipe do hospital para indicação dos pacientes que atendem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Em seguida, os pacientes indicados foram convidados pessoalmente pela mestrandia. Em conformidade com a Resolução 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e a concordância de cada um foi obtida por meio da assinatura neste documento (ver Anexo VI).

##### *Estudo Piloto*

Visando aprimorar os instrumentos de coleta de dados e ampliar a familiarização da pesquisadora responsável com a rotina do serviço de saúde, foi desenvolvido um estudo inicial. Nesta fase da pesquisa, os instrumentos previstos foram aplicados a três pacientes e três familiares. Também foram realizadas sessões de observação de situação de alta hospitalar com registros cursivos e sistemáticos (Batista, 1996).

##### *Estudo Definitivo*

O estudo definitivo foi realizado em dois momentos: (1) no hospital, quando os pacientes receberam a alta, e (2) no domicílio dos participantes, aproximadamente um mês após a alta. No primeiro momento, foi aplicado o questionário sociodemográfico e a primeira parte do PCCQ ao paciente. Nos casos em que o paciente não era capaz de responder ao instrumento, este foi preenchido pelo cuidador. Em seguida, foi realizada a entrevista semiestruturada pré-alta com os idosos (alguns idosos não responderam às entrevistas por dificuldades na fala). Ao cuidador, foi aplicado o questionário sociodemográfico e realizada a entrevista semiestruturada pré-alta.

No segundo momento, foi aplicada a segunda parte do PCCQ ao paciente ou ao cuidador na residência destes. Na ocasião, também foram realizadas as entrevistas pós-alta com paciente e cuidador. Os relatos colhidos durante todas as entrevistas foram gravados em áudio para transcrição integral. Somente foram considerados para o estudo os questionários completos (pré e pós-alta) e os participantes que responderam às entrevistas pré e pós-alta, não sendo incluídos os que não puderam completar a segunda parte do estudo com a visita domiciliar. Assim, o PCCQ completo foi respondido por 30 participantes, 19 idosos responderam às duas entrevistas (pré e pós-alta) e 25 cuidadores responderam às duas entrevistas.

#### **4.5 Procedimentos de análise dos dados**

Os dados dos questionários foram analisados por um banco de dados estatístico para Ciências Sociais (SPSS/PC+) (SPSS Incorporation, 2009), que os interpretou quantitativamente por meio de análise de frequência dos dados sociodemográficos e estatística inferencial. Isso foi feito a partir dos instrumentos utilizados com cruzamento de dados para as variáveis independentes com análise de correlação de Pearson, para relacionar as subescalas entre elas e com os dados sociodemográficos. Foi realizado, ainda, o cálculo alfa de Cronbach para medir a consistência interna dos itens do instrumento utilizado (Dancey & Reidy, 2006).

Os dados das entrevistas foram analisados por Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977/1995). Primeiramente, foi realizado o levantamento, por meio da leitura criteriosa e exaustiva das entrevistas transcritas, dos principais indicadores ou temas emergentes, para compreensão das experiências de alta dos entrevistados. Em seguida, foi realizado um recorte do material em unidades de sentido ou temáticas. Então, foi feita a categorização dessas informações para, posteriormente, serem interpretadas e os conteúdos sobre a alta de idosos serem identificados (Bardin, 1977/1995). Finalmente, depois da análise das falas dos cuidadores familiares e pacientes idosos, separadamente, os conteúdos foram comparados buscando semelhanças e divergências das percepções sobre a alta hospitalar. Também foram extraídas as frequências de cada categoria.



## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados da investigação será feita reflexão sobre a temática da alta hospitalar de pacientes idosos. Serão descritas as características da amostra, as análises do instrumento QCCP e a análise da categorização das entrevistas de pacientes e cuidadores nas etapas pré e pós-alta.

### 5.1 Caracterização da amostra

Os pacientes foram internados por razões diversas: doenças do aparelho circulatório (26,7%), doenças do aparelho respiratório (20%), doenças do aparelho geniturinário (16,7%), doenças do aparelho digestivo (13,3%), neoplasias (13,3%), doenças bacterianas (3,3%), doenças do sistema nervoso (3,3%) e fratura (3,3%). Os dados sociodemográficos dos pacientes e cuidadores que participaram da pesquisa estão descritos nas tabelas a seguir:

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto à idade e renda mensal

Variável	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
<b>Idade</b>				
<20	-	-	1	4
20-39	-	-	4	16
40-59	-	-	16	64
60-74	17	56,7	3	12
75-85	7	23,3	1	4
>85	6	20	-	-
Total	30	100	25	100
<b>Renda mensal</b>				
sem renda	2	6,7	14	56
Até 1 salário mín.	23	76,6	5	20
>1 até 2 salários mín.	3	10	2	8
> 2 salários mínimos	2	6,7	4	16
Total	30	100	25	100

*Fonte:* pesquisa direta

A maior parte da amostra dos pacientes foi constituída por idosos jovens. Este dado reflete a estratificação populacional do Brasil, pois 72,7% da população idosa têm entre 60 e 74 anos (IBGE, 2012). A maioria dos idosos da amostra possui renda mensal de até um salário

mínimo. De acordo com o IBGE (2012), 49% dos idosos brasileiros possuem renda de até um salário mínimo, fato que justifica a implementação de políticas sociais para os idosos. A pequena quantidade de cuidadores que exerce trabalho formal é um fator preocupante, pois interfere diretamente na renda familiar, como indicado na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra com relação a sexo, escolaridade, residência, religião, estado civil e trabalho

Variável	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	7	23,3	23	92
Masculino	23	76,7	2	8
Total	30	100	25	100
<b>Escolaridade</b>				
Ens. Fund. Inc.	10	33,3	12	48
Ens. Fund. Comp.	3	10	2	8
Ens. Médio Inc.	-	-	1	4
Ens. Médio Comp.	3	10	6	24
Ens. Superior Inc.	-	-	1	4
Ens. Superior Comp.	-	-	3	12
Alfabetizado	6	20	-	-
Não alfabetizado	8	26,7	-	-
Total	30	100	25	100
<b>Local de residência</b>				
Ceilândia	20	66,7	13	52
Outras localidades DF	5	16,7	7	28
Cidades do entorno DF	5	16,7	4	16
Outro	-	-	1	4
Total	30	100	25	100
<b>Religião</b>				
Católico	15	50	15	60
Evangélico	9	30	9	36
Espírita	2	6,7	-	-
Sem religião	4	13,3	1	4
Total	30	100	25	100

Estado civil				
Solteiro	3	10	2	8,0
Casado/ companheiro	16	53,3	18	72
Viúvo	9	30,0	2	8
Divorciado	2	6,7	3	12
Total	30	100	25	100
Trabalho formal				
Sim	-	-	5	20
Não	30	100	20	80
Total	30	100	25	100

*Fonte:* pesquisa direta

O predomínio de mulheres na função de cuidadora confirma os dados da literatura sobre cuidadores (Braz & Ciosak, 2009; Climo & Stewart, 2003; Karsch, 2003; Romero, 2002). Em compensação, a preponderância de homens na constituição da amostra dos pacientes contradiz o fenômeno da feminização da velhice (Camarano, 2006; Chaimowicz, 2006; Falcão & Carvalho, 2010; Ribeiro, 2012) e os dados do Ministério da Saúde (2010), que mostram que mais mulheres a partir dos 60 anos são internadas no Distrito Federal, se comparadas com os homens da mesma faixa etária.

As características sociodemográficas dos cuidadores corroboram a literatura (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011; Climo & Stewart, 2003; Karsch, 2003; Queroz, 2010; Resende & Dias, 2008), que comprova que a maioria dos cuidadores familiares de idosos são mulheres de meia idade. O fato de mais da metade da amostra não possuir nenhuma fonte de renda, ilustra os problemas financeiros que as famílias com idosos dependentes vivenciam. O cuidado integral ao idoso adoecido dificulta ou impede o cuidador de exercer trabalho remunerado (Climo & Stewart, 2003; Gordon et al., 2012).

Tabela 3. Caracterização da internação dos idosos

Variável	n	%
<b>Dias de internação</b>		
≤7	8	26,7
8 - 15	11	36,7
16 - 30	5	16,7
>30	6	20
Total	30	100
<b>Quantidade de internações</b>		
Primeira	6	20
Segunda	10	33,3
Terceira	3	10
Quarta	2	6,7
Quinta	1	3,3
Não soube responder	8	26,7
Total	30	100
<b>Principal cuidador</b>		
Esposa	10	33,3
Filho	15	50
Outros	5	16,7
Total	30	100

*Fonte:* pesquisa direta

Os idosos da amostra são cuidados primordialmente por filhas e esposas, confirmando os dados da Fundação Perseu Abramo (2007), que demonstram que 38% dos idosos brasileiros tem o cônjuge como cuidador e 27%, um filho.

Os dados de internação mostram que, realmente, as reinternações hospitalares de pacientes idosos são recorrentes (Coelho Filho, 2012; Steeman et al., 2006; Veras, 2009), já que apenas 20% da amostra estava passando pela primeira hospitalização. O tempo prolongado de internação também foi constatado. É esperado que pessoas mais idosas permaneçam mais tempo hospitalizadas quando comparadas com as mais jovens. (Ministério da Saúde, 2010; Peixoto, Giatti, Afradique & Lima-Costa, 2004).

## 5.2 Análises e discussão do instrumento QCCP

Para análise das respostas do instrumento Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente (QCCP), foram realizadas análises de frequência e de correlação, por meio de um banco de dados estatístico para Ciências Sociais (SPSS/PC+) (SPSS Incorporation, 2009). O valor do alfa de Cronbach obtido nesta pesquisa foi de 0,84, considerado um índice apropriado. É sabido que um instrumento produzido no Brasil, preparado a partir da cultura e do sistema de saúde brasileiro, atenderia melhor à demanda da pesquisa (Pasquali, 1999). No entanto, não foi encontrado nenhum instrumento brasileiro cujos temas avaliados correspondessem aos objetivos desta investigação. Devido ao tempo estabelecido para a conclusão desta dissertação, também não seria viável preparar e validar um instrumento próprio destinado a esse fim. Por esse mesmo motivo, também não foi possível validar a versão brasileira do questionário.

O instrumento QCCP é autoaplicável, mas pode ser aplicado pelo pesquisador ou respondido com auxílio de outra pessoa. Nesta pesquisa, optou-se pela aplicação ser realizada pela pesquisadora responsável, por dois motivos: (1) devido ao fato de a primeira parte do instrumento ser aplicada no hospital, logo após o paciente receber a alta, imaginou-se que os entrevistados estariam cansados, dificultando, assim, o preenchimento – poderia haver esquecimento de questões ou má compreensão das afirmativas; e (2) a pesquisadora quis assegurar-se de que os participantes compreendessem bem o instrumento, isso pode ser verificado por meio de expressões faciais e comentários feitos pelos participantes em cada resposta.

Em alguns momentos, foi necessário que a pesquisadora relesse a afirmativa para que o entrevistado pudesse compreender melhor. Alguns respondentes demonstraram sinais de cansaço durante a aplicação devido ao próprio desgaste da aplicação e ao tamanho do instrumento.

Idosos possuem características particulares, portanto, necessitam de instrumentos específicos e adaptados para eles. Ao desenvolver e aplicar instrumentos de avaliação para o idoso é necessário considerar a probabilidade de doenças, incapacidades, limitações físicas e diminuição cognitiva (Ferreira-Alves, 2010; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). Comprometimentos físicos dificultam a administração de instrumentos aplicados a idosos, portanto, o instrumento deve ser de fácil compreensão e visualização. O pesquisador deve avaliar se o idoso é capaz de respondê-los sozinho ou se necessita de auxílio. Se for preciso ajudá-lo, o aplicador precisa de cautela para não induzir respostas ao participante (Hall, Opio, Dodd & Higginson, 2011).

O tamanho do instrumento é um ponto fraco. Por esse motivo, existe uma versão abreviada (Hadjistavropoulos et al., 2008), ainda sem tradução para a língua portuguesa. Para esta pesquisa, optou-se pela utilização do instrumento em sua versão completa porque este ainda não havia sido utilizado no Brasil. A versão abreviada poderá ser testada em estudos futuros.

A aplicação da segunda parte do instrumento foi realizada no domicílio do participante, aproximadamente um mês após a alta. Nessa aplicação, houve menor dificuldade por parte dos participantes. Acredita-se que este fato ocorreu devido a menor quantidade de questões (14); ao local de aplicação, pois se sentiam mais à vontade em casa; e à familiaridade com o instrumento, já que haviam respondido a primeira parte no hospital.

Houve uma preocupação quanto à compreensão do instrumento, pois já era sabido que muitos participantes teriam baixa escolaridade. De forma geral, os participantes compreenderam bem as questões, em alguns momentos pediram para que o item fosse repetido, ou faziam perguntas para confirmar se haviam entendido o sentido da afirmativa. Como alguns pacientes não podiam responder (não conseguiam falar ou estavam muito debilitados para completar um grande instrumento no momento da alta), o cuidador respondeu pelo paciente. Esta ação já era prevista pelo instrumento original.

O instrumento é dividido em seis subescalas: (a) relacionamento no hospital; (b) relacionamento na comunidade; (c) transmissão de informações; (d) organização de documentos; (e) continuidade do cuidado; e (f) comunicação. Para melhor compreensão da avaliação dos respondentes, o instrumento foi dividido em três níveis: considerou-se a resposta como positiva quando correspondia aos itens “concordo um pouco” e “concordo fortemente”; foram consideradas como resposta negativa as alternativas “discordo fortemente” e “discordo um pouco” e como resposta neutra, o item “difícil de decidir”. A alternativa “não se aplica” foi considerada como resposta não válida. A tabela 4 apresenta os itens e as porcentagens de respostas válidas.

Tabela 4. Itens do QCCP e porcentagens de respostas válidas

Número do item e descrição	M	DP	Respostas positivas%	Respostas negativas %	Respostas neutras %
1. Informaram sobre o diagnóstico	4,52	1,06	86,2	13,8	-
2. Informações sobre o prognóstico	3,93	1,64	73,3	23,3	3,3
3. Informaram sobre os sintomas não urgentes e como lidar com eles	2,79	1,93	44,8	51,7	3,4
4. Informaram sobre os sintomas urgentes e quem contatar para obter ajuda	3,97	1,72	75,9	24,1	-
5. Informaram sobre os achados clínicos que podem interferir na saúde ou nos cuidados futuros	4,13	1,36	66,7	12,5	20,8
6. Informaram sobre a medicação	4,90	0,55	96,7	3,3	-

7. Deram instruções sobre alimentação	4,57	1,17	89,3	10,7	-
8. Informaram sobre restrições de atividades	3,39	1,85	60,8	34,8	4,3
9. Informaram sobre equipamentos e suprimentos médicos	5	-	100	-	-
10. Informaram sobre consultas de acompanhamento	4,43	1,38	86,6	13,3	-
11. Informaram sobre serviços de apoio	2,04	1,75	26,9	73,1	-
12. Informaram sobre o tratamento contínuo após a alta	4,27	1,36	86,7	13,3	-
13. Informaram sobre os recursos ou apoio ao paciente	1	-	-	100	-
14. Informaram sobre os instrumentos autoadministráveis	1,23	0,9	6,6	93,3	-
15. Cuidadores informais receberam informações sobre os recursos ou apoio ao paciente	1	-	-	100	-
16. Cuidadores informais tinham informações necessárias sobre a minha saúde	4,37	1,24	83,3	13,4	3,3
17. Profissionais compreenderam as minhas expectativas, crenças e preferências	4,57	1,04	90	10	-
18. Senti-me “compreendido” pelos profissionais de saúde	4,80	0,55	93,4	-	6,7
19. Tenho confiança nos profissionais de saúde	4,67	0,80	93,3	6,7	-
20. Fiquei satisfeito com as informações recebidas dos profissionais de saúde	4,63	0,93	93,3	6,6	-
21. Fiquei satisfeito com o apoio emocional dos profissionais de saúde	3,93	1,64	73,3	23,3	3,3
22. Fiquei satisfeito com a oportunidade de conversar e tirar dúvidas com os profissionais de saúde	4,80	0,64	96	4	-
23. Profissionais de saúde pareciam se comunicar bem uns com os outros	4,60	1	86,6	6,6	6,7
24. Um plano de acompanhamento bem desenvolvido e adequado foi preparado e explicado	3,40	1,87	56,6	36,6	6,7
25. Estava envolvido e de acordo com o plano de acompanhamento	2,85	1,8	38,4	46,1	15,4
26. Família participou no plano de acompanhamento	3,00	1,83	41,4	44,8	13,8

27. Senti-me preparado para alta	4,90	0,3	100	-	-
28. Senti-me “compreendido” pelos profissionais de saúde atuais	4,71	0,75	91,6	4,2	4,2
29. Confio nos profissionais de saúde que tenho atualmente	4,31	1,35	80,8	11,5	7,7
30. Estou satisfeito com as informações dos profissionais de saúde atuais	4,20	1,55	80	20	-
31. Estou satisfeito com o apoio emocional de profissionais de saúde atuais	4,00	1,61	79,2	20,8	-
32. Estou satisfeito com a oportunidade de conversar e tirar dúvidas com profissionais de saúde	4,50	1,25	87,5	12,5	-
33. Profissionais de saúde se comunicam bem com o hospital sobre os cuidados	2,92	1,93	48	48	4
34. Profissional de saúde atual foi informado sobre os cuidados que recebi	4,28	1,43	80	16	4
35. Já revi meu planejamento geral de tratamento com meu médico desde a alta	4,13	1,55	78,3	17,4	4,3
36. O plano de acompanhamento tem sido seguido e ajustado como necessário	4,26	1,48	78,3	17,3	4,3
37. Recebi informações consistentes sobre os cuidados pelos profissionais de saúde	4,29	1,52	83,4	16,7	-
38. Fui lembrado dos compromissos médicos	2,94	1,82	47,1	52,9	-
39. Os formulários foram concluídos	4,76	0,79	96,5	3,4	-
40. Os formulários foram encaminhados para os setores ou profissionais de saúde competentes.	4,86	0,59	96,5	3,6	-
41. Nenhum formulário ou informação foi perdido	5	-	100	-	-

*Fonte:* pesquisa direta

De modo geral, os participantes mostraram satisfação com as informações recebidas sobre diagnóstico (86,2%), prognóstico (73,3%), ajuda emergencial (75,9%), achados clínicos (66,7%), medicação (96,7%), alimentação (89,3%), equipamentos e suprimentos médicos e informações recebidas após a alta sobre cuidados (83,4%), demonstrando que as informações disponíveis e a forma de transmissão estão, de modo geral, de acordo com o esperado pelos respondentes. Se comparados com os dados obtidos pelo PCCQ, divulgados por Hadjistavropoulos et al. (2008), de pacientes hospitalizados por causas diversas, os participantes desta investigação mostraram-se mais satisfeitos com as informações recebidas.



No entanto, 51,7% dos respondentes expressaram insatisfação com relação às informações recebidas sobre sintomas não urgentes que possam vir a ocorrer no domicílio. A falta dessas informações interfere negativamente na recuperação e no bem-estar do paciente, além de indicar que o planejamento da alta não foi bem executado. É de extrema importância que os pacientes e cuidadores saiam do hospital com informações claras e completas sobre o estado de saúde do idoso (Benzar et al., 2011; Jack et al., 2009). Os resultados indicam que, embora muitos pacientes e cuidadores tenham apresentado satisfação com as informações recebidas, não se pode ignorar que uma parcela menor ainda sai do hospital com dúvidas sobre o estado clínico e o tratamento do paciente.

Quanto a instrumentos educativos, apenas 6,6% afirmou ter recebido, indicando que este tipo de material é escasso. Informações escritas auxiliam pacientes e cuidadores a compreender os cuidados pós-alta e aumentam a satisfação com relação à alta. A confecção e aplicação desse tipo de material são indicadas por facilitar a transição (Benzar et al., 2011; Ganzella & Zago, 2008). A falta desses instrumentos também está associada a reinternações precoces (Golden et al., 2010). Hadjistavropoulos et al. (2008), na validação do questionário, também concluíram que os respondentes estavam insatisfeitos com os instrumentos educativos. É interessante considerar que materiais educativos, além de conterem informações sobre o tratamento de doenças específicas, devem estar voltados para a prevenção de doenças comuns ao público atendido e para a promoção da saúde, a fim de promover melhor qualidade de vida e evitar agravos de saúde evitáveis (Jack et al., 2009; Kripalani, Jackson, Schnipper, & Coleman, 2007; Moreira, Nóbrega & Silva, 2003; Odgen, 2004).

Sobre os cuidados contínuos, houve satisfação com relação às informações relativas a consultas de acompanhamento (86,6%) e ao tratamento contínuo após a alta (86,7%). No entanto, todos os respondentes asseguraram que não receberam informações referente a recursos de apoio ao paciente e à família. Essa afirmação é muito significativa e leva ao questionamento de porque essa informação não é dada e se, de fato, estes recursos existem na comunidade. Da mesma maneira, apenas 26,9% responderam que receberam informações sobre serviços de apoio, indicando que tais atendimentos são restritos e destinam-se apenas a alguns pacientes. Os idosos têm responsabilidade sobre a sua saúde, mas necessitam de recursos (psicológicos, ambientais, instrumentais e sociais) que o auxiliem a envelhecer saudavelmente (Moreira, 2012).

Embora a literatura (Huber & McClelland, 2003; McLeod et al., 2008) indique que, para a boa recuperação e manutenção da saúde do paciente, bem como de seus cuidadores, seja necessária uma estrutura na comunidade que incentive e dê suporte à família, o resultado exposto aponta uma falha na rede de apoio comunitária. A estrutura mencionada parece não estar presente na realidade dos participantes deste estudo, confirmando a conclusão de Castro e Camargo Junior (2008) de que, quando o paciente recebe alta, pode passar por um tipo de

“desassistência” devido a dificuldade de encontrar auxílio para o cuidado da sua saúde quando sai do hospital e retorna ao seu domicílio.

Tal fato é muito preocupante, pois, provavelmente, estes serviços são indicados apenas aos pacientes mais graves. Aqueles que estão com o estado de saúde melhor não encontram serviços na comunidade que os auxiliem a manter esta condição. Do mesmo modo, a família não tem a quem recorrer quando necessita de auxílio para lidar com o idoso, predispondo-a a sobrecarga e ao adoecimento (Camargo, 2010; Coelho & Diniz, 2005; Ho et al., 2009; Kim & Schulz, 2008; Koerner et al., 2010).

Sobre a realização de um plano de acompanhamento 56,6% afirmaram que este foi cumprido, mas apenas 38,4% afirmaram que estavam envolvidos e 41,4% afirmaram que a família estava envolvida. As intervenções focadas no paciente e na família podem reduzir as taxas de reinternação, favorecendo, assim a saúde e o bem-estar do paciente idoso. Acredita-se, portanto, que o plano de tratamento será mais eficaz se for desenvolvido em conjunto com a família e com o paciente, e estiver bem esclarecido para eles. Mais do que isso, é preciso que a equipe de saúde explique ao paciente e à família a importância do planejamento da alta para que a sua participação seja efetiva (Coleman et al., 2006; Shyu, 2000b, Tomura, Yamamoto-Mitani, Nagata, Murashima & Suzuki, 2011). O pouco envolvimento da família no plano de acompanhamento também foi identificado em uma pesquisa com sobreviventes de câncer colorretal, que utilizou a versão breve do PCCQ (Sisler et al., 2012), indicando que é preciso repensar como os profissionais incluem os familiares no tratamento do paciente.

Os resultados foram bastante positivos no que diz respeito às relações no hospital. Os respondentes asseveraram que os profissionais compreenderam as suas expectativas, crenças e preferências (90%), que se sentiram compreendidos pelos profissionais de saúde (93,4%), que confiavam nos profissionais de saúde (93,3%), ficaram satisfeitos com as informações dos profissionais de saúde (93,3%), com o apoio emocional dos profissionais de saúde (73,3%), com a oportunidade de conversarem e tirarem dúvidas com os profissionais de saúde (96%) e todos declararam que se sentiam preparados para a alta. Tais constatações são importantes, pois a confiança nos profissionais durante a internação traz segurança e apoio para pacientes e cuidadores (Straub, 2005; Vianna, Vianna & Bezerra, 2010).

Sobre os aspectos de comunicação, as respostas foram positivas no que se refere à informação sobre restrições de atividades (60,8%), à comunicação entre os profissionais de saúde do hospital (86,6%), a informações que os cuidadores informais possuíam sobre a saúde do paciente (83,3%) e informações que o profissional de saúde responsável pelo paciente após a alta possuía sobre os cuidados recebidos no hospital (80%). A comunicação entre equipe, paciente e familiares deve ser estimulada para a melhoria da saúde integral do paciente, afinal, a autonomia do paciente pode ser mantida com o fortalecimento das relações (Araujo, 2009; Vianna et al., 2010). As equipes multidisciplinares devem buscar objetivo e linguagem comuns

para haver uma troca de conhecimentos efetiva (Queiroz & Araujo, 2009). Quando as lacunas comunicacionais são identificadas, é possível atuar para evitar reinternações (Golden et al., 2004).

Com relação à comunicação entre os profissionais de saúde da comunidade e o hospital, houve divergências, 48% responderam positivamente e 48%, negativamente. Acredita-se que esta disparidade tenha ocorrido pelas diversas formas e locais de atendimento que os pacientes dispunham após a alta. Este resultado demonstra que o desafio proclamado pelo Ministério da Saúde de que são necessárias estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares (Ministério da Saúde, 2006) ainda não foi alcançado. A dificuldade na comunicação prejudica o acompanhamento do paciente, pois este tem o seu tratamento interrompido. Mesmo que tenha considerado boa a comunicação intra-hospitalar, se não conseguir parcerias na comunidade, os seus cuidados não terão continuidade (Coleman & Boulton, 2003; van Walraven et al., 2004).

No que se refere ao relacionamento na comunidade, 91,6% dos respondentes sentiram-se compreendidos pelos profissionais de saúde atuais, 80,8% confiam nos profissionais de saúde, 80% estavam satisfeitos com as informações recebidas pelos profissionais, 79,2% estavam satisfeitos com o apoio emocional de profissionais, 87,5% estavam satisfeitos com a oportunidade de conversarem e esclarecerem dúvidas com os profissionais de saúde e 78,3% já haviam revisto o planejamento geral de tratamento e tiveram esse plano seguido e ajustado como necessário.

Porém, apenas 47,1% foram lembrados dos compromissos médicos. A identificação de serviços e profissionais disponíveis e apropriados ao paciente na comunidade deve estar presente no plano de alta. Para isso, é preciso que esses serviços possam atender adequadamente a população (Preen et al., 2005; van Walraven et al., 2004). Embora a maioria dos respondentes tenha sustentado a satisfação com o relacionamento com os serviços de saúde na comunidade, uma parte demonstra insatisfação. Revela-se, então, que os serviços ainda não estão atendendo às necessidades de todos os idosos no período pós-alta.

Os melhores resultados foram referentes à documentação, 96,5% dos participantes afirmaram que todos os formulários foram concluídos e encaminhados para os setores ou profissionais de saúde competentes e nenhum informou perda de documentação. Quando a documentação (pareceres, encaminhamentos etc.) é finalizada e encaminhada com sucesso, são evitados transtornos desnecessários e a entrada em outros serviços é facilitada. A partir deste resultado, pode-se pensar que a insatisfação apresentada pelos participantes para acessar os serviços na comunidade não é decorrente de problemas com os documentos. A análise qualitativa das entrevistas traz mais argumentos para a discussão deste aspecto.

Para poder analisar a correlação do somatório das escalas do QCCP, adotou-se a correlação de Pearson, que mede o grau de dependência linear ou a intensidade de associação entre as variáveis intervalares, por este ser considerado o teste mais apropriado, dentre os testes

paramétricos, para responder aos objetivos deste estudo (Dancey & Reidy, 2006). Essa análise é demonstrada nas tabelas a seguir.

Tabela 5. Correlação entre a escala do QCCP Relacionamento no Hospital, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas

<b>Variáveis correlacionadas</b>	<b><math>\rho</math></b>	<b><math>p</math></b>
QCCP RH x dias de internação	0,5	0,43
QCCP RH x quantidade de internações	-0,07	0,69
QCCP RH x principal cuidador	-0,04	0,83
QCCP RH x sexo	0,08	0,08
QCCP RH x idade	-0,16	-0,16
QCCP RH x escolaridade	0,14	0,47
QCCP RH x estado civil	0,12	0,54
QCCP RH x renda mensal	0,11	0,58
QCCP RH x religião	0,06	0,76
QCCP RH x local de residência	0,25	0,18
QCCP RH x QCCP RC	0,01	0,94
QCCP RH x QCCP TI	0,45*	0,01
QCCP RH x QCCP OD	0,11	0,58
QCCP RH x QCCP CC	0,36	0,05
QCCP RH x QCCP Co	0,13	0,51

\* $p < 0,05$

Fonte: pesquisa direta

A subescala *Relacionamento no hospital* vinculou-se à subescala *Transmissão de informações*. Esta relação ocorre devido à confiança e a boa relação com os profissionais de saúde facilitarem a assimilação das informações dadas. Os comunicados são mais valorizados pelos pacientes se recebidos de profissionais nos quais confiam (Robben et al., 2012; Straub, 2005). Sendo assim, o modo como são estabelecidas as relações dentro do hospital influencia na maneira como pacientes e cuidadores recebem e gerenciam as informações fornecidas durante o período de internação.

Tabela 6. Correlação entre a escala do QCCP Relacionamento na Comunidade, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas

<b>Variáveis correlacionadas</b>	$\rho$	$p$
QCCP RC x dias de internação	0,07	0,70
QCCP RC x quantidade de internações	-0,08	0,69
QCCP RC x principal cuidador	-0,08	0,67
QCCP RC x sexo	-0,17	0,38
QCCP RC x idade	0,14	0,47
QCCP RC x escolaridade	0,14	0,46
QCCP RC x estado civil	0,16	0,40
QCCP RC x renda mensal	0,09	0,63
QCCP RC x religião	-0,3	0,11
QCCP RC x local de residência	0,08	0,68
QCCP RC x QCCP TI	0,26	0,16
QCCP RC x QCCP OD	-0,45*	0,01
QCCP RC x QCCP CC	-0,05	0,8
QCCP RC x QCCP Co	0,63**	0,00

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Fonte: pesquisa direta

As subescalas *Relacionamento na Comunidade* e *Comunicação* também se uniram. Esta relação pode ser explicada pelo fato de alta envolver como participantes centrais, os pacientes, cuidadores e os profissionais de saúde do hospital e da comunidade (Pearson et al., 2004). É comum existir uma lacuna entre o hospital e a comunidade, que só pode ser superada por meio da melhoria da comunicação, podendo auxiliar também na redução de reinternações (Castro & Camargo Junior, 2008; Shu et al., 2011).

Tabela 7. Correlação entre a escala do QCCP Transmissão de informações, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas

Variáveis correlacionadas	$\rho$	$p$
QCCP TI x dias de internação	0,00	0,99
QCCP TI x quantidade de internações	-0,10	0,58
QCCP TI x principal cuidador	0,03	0,86
QCCP TI x sexo	-0,03	0,86
QCCP TI x idade	-0,28	0,13
QCCP TI x escolaridade	-0,29	0,11
QCCP TI x estado civil	0,09	0,64
QCCP TI x renda mensal	0,16	0,39
QCCP TI x religião	0,12	0,54
QCCP TI x local de residência	0,10	0,58
QCCP TI x QCCP OD	0,00	0,98
QCCP TI x QCCP CC	0,56**	0,00
QCCP TI x QCCP Co	0,41*	0,03

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Fonte: pesquisa direta

A análise também apresentou relação entre as subescalas *Transmissão de informações* e *Continuidade do cuidado*. Muitas das informações repassadas aos pacientes e familiares referem-se a cuidados, intervenções e precauções a serem colocadas em prática após o retorno ao domicílio. A atenção contínua à Saúde do Idoso depende fortemente de como estas informações são recebidas e assimiladas pelos pacientes e seus cuidadores. Se bem transmitidas, podem melhorar a adesão ao tratamento e auxiliar o idoso a criar estratégias para enfrentar as adversidades decorrentes do cuidado à sua saúde (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Odgen, 2004).

A subescala *Transmissão de informações* também foi relacionada com a escala *Comunicação*. Quando está internado, o idoso pode apresentar dificuldade de compreender as informações quando estas forem excessivas, fazendo com que selecione as informações que atendem às suas necessidades (Marks et al., 2000; Straub, 2005). Sugere-se que os esclarecimentos sobre o ambiente, a rotina hospitalar, a equipe de saúde e o tratamento devam ser fornecidos à medida que o paciente solicitar. Conclui-se que, para os pacientes conseguirem se apropriar das informações necessárias para a manutenção da sua saúde, é preciso atentar-se para a comunicação entre profissionais, pacientes, familiares (Huber & McClelland, 2003; Ribeiro & Diogo, 2010; Robben et al., 2012).

Tabela 8. Correlação entre a escala do QCCP Organização de documentos, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas

<b>Variáveis correlacionadas</b>	$\rho$	$p$
QCCP OD x dias de internação	-0,02	0,91
QCCP OD x quantidade de internações	0,1	0,61
QCCP OD x principal cuidador	-0,01	0,98
QCCP OD x sexo	0,13	0,5
QCCP OD x idade	0,09	0,62
QCCP OD x escolaridade	0,09	0,62
QCCP OD x estado civil	-0,11	0,55
QCCP OD x renda mensal	0,27	0,15
QCCP OD x religião	0,17	0,36
QCCP OD x local de residência	-0,19	0,30
QCCP OD x QCCP CC	0,21	0,27
QCCP OD x QCCP Co	-0,38*	0,04

\* $p < 0,05$

Fonte: pesquisa direta

A subsescala *Organização de documentos* relacionou-se com a subsescala *Comunicação e Relacionamento na comunidade*. Acredita-se que essas subsescalas estejam vinculadas devido à facilitação e/ou exigência de determinados documentos e formulários para o acesso ou contato com os serviços de saúde da comunidade. Além disso, os documentos trazem informações escritas que explicam o estado de saúde do paciente e tipos de tratamento e exames realizados (Kripalani et al., 2007).

Tabela 9. Correlação entre a escala Continuidade do cuidado do QCCP, as variáveis dos dados sociodemográficos e demais escalas

Variáveis correlacionadas	$\rho$	$p$
QCCP CC x dias de internação	0,12	0,51
QCCP CC x quantidade de internações	-0,04	0,85
QCCP CC x principal cuidador	-0,13	0,49
QCCP CC x sexo	0,18	0,33
QCCP CC x idade	-0,36	0,05
QCCP CC x escolaridade	-0,20	0,28
QCCP CC x estado civil	-0,12	0,51
QCCP CC x renda mensal	-0,08	0,68
QCCP CC x religião	0,29	0,12
QCCP CC x local de residência	0,12	0,52
QCCP CC x QCCP Co	0,48**	0,01

\*\* $p < 0,01$

Fonte: pesquisa direta

A subscala *Comunicação* também foi relacionada com a subscala *Continuidade de cuidado*. Acredita-se que estes dois fatores estejam associados porque, para que os cuidados pós-alta sejam bem executados, é necessária a interação entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente idoso (Coleman & Boulton, 2003; Shu et al., 2011). A comunicação pode ser prejudicada pela fragmentação do serviço de saúde (muitas especialidades, profissionais e linguagens) e pela readmissão em diferentes hospitais (Golden et al., 2010).

Na preparação da transição, devem ser treinadas estratégias comunicacionais para que o paciente possa expressar claramente as suas necessidades aos diversos profissionais que atuarão na atenção à sua saúde. Tal prática pode evitar reinternações (Coleman et al., 2006). Os profissionais de saúde também precisam ser treinados para lidar com a continuidade do cuidado do paciente idoso; exercitar a escuta atenta e o respeito ao paciente, desenvolver novos valores relacionados à percepção de saúde-doença (devido à diversidade cultural), incentivar a participação do idoso no tratamento para que desenvolva ou mantenha a autonomia, além de considerar a importância do papel da família e como esta é afetada pela doença e tratamento do idoso (Vianna et al., 2010).



Tabela 10. Correlação entre a escala Comunicação do QCCP e as variáveis dos dados sociodemográficos

<b>Variáveis correlacionadas</b>	$\rho$	$p$
QCCP Co x dias de internação	-0,06	0,76
QCCP Co x quantidade de internações	0,26	0,16
QCCP Co x principal cuidador	0,08	0,67
QCCP Co x sexo	-0,2	0,29
QCCP Co x idade	0,08	0,68
QCCP Co x escolaridade	0,11	0,55
QCCP Co x estado civil	0,18	0,34
QCCP Co x renda mensal	-0,14	0,46
QCCP Co x religião	-0,08	0,67
QCCP Co x local de residência	0,21	0,26

*Fonte:* pesquisa direta

Não houve correlação significativa entre os dados sociodemográficos e as subescalas. Talvez este resultado tenha ocorrido pelo fato de alguns dados da amostra serem bastante homogêneos, dificultando a percepção das diferenças. No entanto, foram significativamente relevantes as relações entre algumas das subescalas. Quando questionário original foi validado (Hadjistavropoulos et al., 2008), todas as subescalas foram correlacionadas, o que não ocorreu nesta pesquisa. Ainda assim, os resultados revelam que a percepção da alta não depende tanto dos aspectos sociodemográficos, mas, sim, de como os fatores do planejamento da alta e do tratamento são coordenados entre si.

Este resultado demonstra que os fatores avaliados (relacionamento no hospital, relacionamento na comunidade, transmissão de informações, organização de documentos, continuidade do cuidado e comunicação) são interdependentes. Ou seja, a percepção da alta hospitalar depende da união de todos os aspectos envolvidos, corroborando com a compreensão de que a alta, para ser bem sucedida, necessita de um planejamento global e deve buscar a integração dos serviços de saúde que acompanham e/ou acompanharão o paciente (Coleman & Boulton, 2003; Golden et al., 2010).

Portanto, é fundamental que haja interação da geriatria com outras áreas, não apenas no contexto hospitalar, mas no sistema de saúde como um todo. Recomenda-se, ainda, a realização de avaliação multidimensional e interdisciplinar (considerando condição clínica, funcional, psicológica e social) e preparação de um plano de tratamento integrado (Coelho Filho, 2012).

A sugestão é a de que os cuidados sejam coordenados, porém, descentralizados, de forma que exista uma rede de apoio na comunidade que contribua na manutenção da saúde do paciente, bem como de seus familiares (Marin et al., 2010; McLeod et al., 2008; Pearson et al.,

2004), estimulando e fortalecendo as potencialidades dos idosos (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010). Os serviços de saúde hospitalares e comunitários, além de integrados, devem ser capazes de atender a população de forma satisfatória, ter acessibilidade e possuir os profissionais essenciais para a promoção da Saúde do Idoso. É indispensável que os profissionais disponham dos recursos necessários para desenvolver bem o seu trabalho e acolham a família, para que seja possível estimular o idoso a desenvolver sua autonomia.

### **5.3 Análise e discussão das entrevistas**

A discussão das entrevistas dos pacientes e dos cuidadores nos dois momentos da coleta foi realizada com base nas categorias identificadas pela análise de conteúdo. As categorias são indicadas nas tabelas a seguir.

Tabela 11. Categorias das entrevistas com os idosos antes da alta

	Categoria	f	%
Vivência no período da internação	Sentimento de ser bem cuidado	9	47,4
	Sentimentos de cansaço e desgaste	6	31,5
	Percepção de inevitabilidade da internação	3	15,8
	Sentimento de ser mal atendido	2	10,5
	Dificuldades na alimentação	2	10,5
Percepção sobre a alta	Tranquilidade e comodidade no domicílio	7	36,8
	Sentimento positivo	7	36,8
	Relevância da presença da família	5	26,3
	Continuidade do tratamento	4	21
	A alta como significado de melhora do quadro clínico	2	10,5
	A alta possibilita sentimento de tranquilidade para a família	1	5,3
Recomendações para o período pós-alta	Mudança de medicação	6	31,5
	Mudanças na alimentação	4	21
	Encaminhamento do paciente para outro serviço de saúde	3	15,8
	Desconhecimento das recomendações	3	15,8
	Ausência de recomendações novas	3	15,8
	Necessidade de equipamentos de saúde (Ex. oxigênio, sonda)	2	10,5
Necessidade de auxílio	Paciente dependente nas AVD's	10	52,5
	Necessidade de companhia e acompanhamento do cuidador durante o tratamento	6	31,5
	Necessidade de auxílio em situação de emergência	3	15,8
	Sem necessidade de auxílio	2	10,5
Relação com o cuidador	Relação avaliada como positiva	16	84,2
	Relação avaliada como positiva, mas com conflitos	2	10,5
	Relação avaliada como regular	1	5,3

Tabela 12. Categorias das entrevistas com os cuidadores antes da alta

	Categoria	f	%
Vivência no período da internação	Sentimento de cansaço e desgaste	9	36
	Dificuldade em conciliar a permanência no hospital com os outros compromissos	6	24
	Preocupação com o estado do paciente	4	16
	Dificuldade com o atendimento	3	12
	Percepção de que o paciente foi bem cuidado	3	12
	Período avaliado como tranquilo	2	8
	Aprendizado com relação ao cuidado do paciente	1	4
	Expectativa para retorno ao domicílio	Maior conforto no domicílio	13
Maior facilidade no trabalho do cuidador		7	28
Sentimento de insegurança		5	20
Sentimento de alegria com o reencontro familiar		4	16
Início do tratamento		1	4
Auxílio que precisará oferecer ao paciente	Auxílio total - Paciente acamado	10	40
	Paciente dependente nas AVD's	10	30
	Outros	5	20
	Necessidade acompanhar o paciente durante o tratamento	3	12
	Administração dos medicamentos	2	8
	Paciente não necessita de auxílio	1	4
Mudanças nos cuidados	Mudanças na medicação	13	52
	Mudanças na alimentação	8	32
	Necessidade de equipamentos de saúde – sonda, aspirador	5	20
	Maior fragilidade do paciente	3	12
	Ausência de mudanças	3	12
	Necessidade de acompanhamento de outro profissional	3	12
	Maior necessidade de auxílio nas AVD's	2	8
	Cuidado com ferimentos do paciente	2	8
	Limitação na locomoção	1	4
Relação com o idoso	Relação avaliada como positiva	17	68
	Relação avaliada como positiva, mas com conflitos	8	32

Alguns relatos dos participantes serão utilizados para exemplificar as categorias. A fim de preservar a identidade dos participantes, os idosos serão nomeados por I1, I2, I3, etc.; e os cuidadores por C1, C2 etc. As expressões empregadas por eles serão reproduzidas sem adaptações.

Com relação à vivência no período da internação, a categoria mais representativa foi o sentimento de ser bem cuidado. Exemplos: “porque o povo aqui me trata tão bem” (I1, 87 anos); “Foi bom, porque aqui é muito bom, tem uma excelente equipe aqui” (I2, 73 anos); “Aqui na enfermaria foi bom, aqui desde o dia que eu vim pra cá não faltou nada. As enfermeiras vêm duas horas, três horas, quatro horas da manhã, dá remédio, não faltou nada, mas lá no posto aonde eu fui atendido é ruim demais, muito ruim, não atendem a gente direito não” (I16, 66 anos). As falas mostram que o modo como é realizado o atendimento durante a internação é muito importante para os idosos entrevistados, a percepção de receber os cuidados e a atenção devidos é bastante significativa e traz segurança para os idosos. Quando hospitalizado, o idoso teme quem vai atendê-lo e como o fará. A sua confiança no profissional é de extrema importância para a percepção de sua doença e tratamento (Vianna et al., 2010).

A segunda categoria mais referida foi a caracterização da internação como um período cansativo e desgastante. Exemplos: “Não é muito bom, né? Porque hospital não é lá muito bom” (I13, 62 anos); “(...) que aqui a gente fica meio preso” (I22, 71 anos); “foi, fico assim com cansaço, um pouco” (I28, 91 anos). Essas falas corroboram com a argumentação de Straub (2005) e Cosnier (1994) de que o período de internação hospitalar traz dificuldades ao paciente por gerar perda de controle e privacidade. Além disso, é esperado que ocorra perda funcional do idoso no período de internação (Kawasaki & Diogo, 2007), no entanto, a presença do acompanhante é um fator protetor do declínio funcional (Monteiro & Faro, 2010). Embora este fator não tenha sido investigado neste estudo, supõe-se que parte do cansaço descrito seja originado desta perda, além do desgaste próprio da rotina hospitalar.

Também foi criada a categoria percepção da inevitabilidade da internação. Exemplos: “Não é ruim não, não é bom, mas a gente tem que, né?” (I22, 71 anos); “é o jeito, adoeceu, tem que vir” (I28, 91 anos). Os relatos caracterizam a hospitalização como um evento inevitável em determinadas situações. Alguns problemas específicos também foram mencionados como marcantes na descrição do período de internação: dificuldade com a alimentação e problemas no atendimento advindo do hospital (falta de leito na enfermaria e poucos profissionais para o número de pacientes). Para pacientes que estão muito debilitados, estas contrariedades parecem ganhar dimensões ainda maiores, afinal, além da preocupação com a doença e o desconforto causado por ela, é acrescida a incerteza de receber o tratamento necessário.

Para os cuidadores, o período de internação foi considerado como cansativo e desgastante, principalmente, para os que não conseguiam revezar o acompanhamento com outros familiares. Exemplos: “Eu fico aqui 24 horas (...) cansada, né? (...) porque os próprios

filhos não quer ficar, né. Ele é meu pai, mas é padrasto, né, aí quem fica mais é eu que os filhos. Eles vêm, visita, olha tudo, mas pra ficar como eu fico...” (C14, cuidadora do pai); “foi cansativo, eu acho que foi muito cansativo porque, porque praticamente, como foi no braço direito, aí praticamente tem que ajudar ela a fazer um pouco de tudo, aí foi bem cansativo (C2, cuidadora da avó do marido); “Olha, pra mim foi difícil porque, tá eu e minha irmã durante o dia, que fica revezando né, e meu sobrinho e meu irmão à noite. Aí, só, fora isso, o deslocamento também, meio complicado, né, porque eu dependo de ônibus, é meio complicado, mas o resto tá tudo ok” (C6, cuidadora do pai).

Foi enfatizada, ainda, a dificuldade de conciliar a presença no hospital com as demais funções sociais, como o cuidado com filhos pequenos, trabalho. Exemplos: “Ah, foi muito complicado porque eu, para todo mundo, para toda a família, porque foi bastante tempo que ele ficou no hospital, dificuldade de mobilidade muito grande, (...) ter compromisso, trabalho, então tinha que revezar muito. Até eu tive que sair do emprego para poder cuidar dele” (C7, cuidador do avô); “e só tinha eu mesmo pra ficar, e meus meninos estudam, é complicado para eles virem. Eles vêm, me substitui alguma vez, mas quem ficou mesmo foi eu, era eu que trocava, que arrumava...” (C8, cuidadora do cunhado).

Na maioria das famílias, apenas um familiar responsabiliza-se pelos cuidados do idoso, podendo gerar sobrecarga para o cuidador. Durante a internação, o cuidador precisa readaptar a sua rotina e lidar com as adversidades decorrentes dela. O trabalho do cuidador pode ser muito solitário, principalmente quando não encontra apoio governamental, do trabalho e dos outros familiares (Coelho & Diniz, 2005; Karsch, 2003). Percebe-se que são muitos os fatores estressores para o cuidador durante o período de internação do paciente, ele sente-se pressionado a tentar equilibrar as necessidades dos pacientes e as suas próprias. Geralmente, o autocuidado do familiar fica comprometido, deixando-o vulnerável a desenvolver agravos na sua saúde (Camargo, 2010; Israel, Andrade & Teixeira, 2011; Pearson et al., 2004).

A preocupação com o estado de saúde do paciente também foi citada. Exemplo: “Eu sou o filho mais novo, então eu fico muito preocupado com ela, sofri junto com ela com as dor que ela tava. E a dor foi complicada, ela pedia socorro, pedia ajuda e eu não podia fazer nada. Eu ajudei da maneira que eu pude” (C9, cuidador da mãe). O sentimento de estar impotente diante da fragilidade do paciente, geralmente, está presente na rotina do cuidador, a preocupação com o idoso adoecido é constante, mesmo quando o familiar não está presente e o cuidador está desenvolvendo outra atividade, como trabalho e lazer (Thober, Creutzberg & Viegas, 2005).

A internação foi avaliada como tranquila em duas situações. A primeira refere-se a uma cuidadora que relatou que o período de internação foi tranquilo porque os filhos conseguiram se revezar no tempo dispendido por cada um no hospital, por isso, nenhum deles ficou sobrecarregado. Quando a família consegue se organizar e dividir funções, o trabalho de atenção

ao idoso não é excessivamente oneroso para os familiares envolvidos (Cerqueira & Oliveira, 2002; Morais, 2009).

A outra situação foi de uma cuidadora que relatou ter conseguido passar a fase de internação com tranquilidade (mesmo havendo intercorrências) devido às suas características pessoais. Exemplo: “Eu sou tranquila, fiquei aconselhando ela, não queria o soro, depois ela quis, fiquei aconselhando: ‘Mãe, é assim mesmo’” (C17, cuidadora da mãe). Confirmando os resultados de Lyonette & Yardley (2003) que dizem haver relação entre a satisfação com o cuidado com características pessoais, como sentir-se como uma “cuidadora natural”.

Um familiar relatou que a internação da mãe serviu para aprendizado de técnicas a serem utilizadas para o cuidado da paciente no domicílio. Essa declaração demonstra a preocupação dos cuidadores familiares em aproveitar as oportunidades de aprendizado, já que os cuidadores familiares podem ter dificuldades nas suas tarefas devido ao despreparo técnico.

Surgiram também percepções opostas sobre a internação, três relatos positivos por compreender que o paciente estava bem cuidado e três relatos de dificuldade no atendimento no pronto-socorro: “Foi bem, eles cuidaram muito bem dele, muito bem. Agora, graças a Deus, tá melhor, vai receber alta” (C5, cuidadora do irmão); “Lá na emergência não foi muito bom não, é muita gente também, né, muita gente mesmo. Mas aqui na enfermaria foi bom” (C16, cuidadora do esposo); “agora médico aqui, muito pouco, muito pouco. Até agora não passou médico. Pra essa quantidade de pessoas, né?” (C22, cuidadora do esposo).

Nota-se que a qualidade do atendimento não interfere apenas na vivência do paciente, mas também afeta a forma como aqueles que acompanham o idoso passam pelo período de hospitalização. Nesta investigação, os relatos foram bastante diferenciados quando se referiam ao período de internação na enfermaria e quando estavam aguardando um leito no pronto-socorro. Pacientes e familiares trouxeram queixas quando precisaram passar um período no pronto-socorro, por não ter a estrutura mais adequada para o atendimento (espaço e leitos reduzidos, além de pequena quantidade de profissionais para o número de pacientes).

No que diz respeito à percepção da alta, a categoria mais citada pelos idosos foi a noção da alta como o retorno à tranquilidade e comodidade do domicílio. Esta categoria está relacionada com o desconforto e a despersonalização causados pela internação. As falas retratam o desejo de retomar o controle dos cuidados com a própria saúde e do seu ambiente. Demonstrem também o cansaço causado pela rotina agitada do hospital. Exemplo: “Beleza, para comer, cê come melhor, cê dorme melhor, que tá na sua cama, não quero dizer que é melhor do que aqui, mas o conforto é outro” (I2, 73 anos).

Talvez por isso muitos idosos não conseguiram descrever com precisão o sentimento em relação à alta, descrevendo-o apenas como “bom”. É importante notar que este resultado demonstra que muitos pacientes não fazem uma reflexão aprofundada sobre a saída do hospital,

dificultando uma preparação para tal transição. Exemplo: “Uai, tem que achar bem né?” (I6, 86 anos).

Os idosos mencionaram que a alta propiciaria maior contato com a família. Exemplo: “Bem, porque eu tô querendo ir para casa, eu não tô fazendo nada aqui (risos), porque em casa a gente fica mais tranquilo, perto da família, tem as minhas netinhas que eu amo que dá gosto” (I1, 87 anos). Essas falas expõem que, mesmo tendo um acompanhante familiar durante a internação, os idosos sentem muita falta do contato próximo e de reuniões familiares. Este sentimento parece ser agravado quando o período de internação é mais prolongado. A família ocupa posição central nas relações sociais do idoso, pois, enquanto as relações periféricas (amigos, colegas de trabalho etc.) tendem a ficar reduzidas na velhice, o relacionamento com os familiares pode se fortalecer (Debert, 2004). A relação do idoso adoecido gera mudanças nas relações familiares, pois a família tem de adaptar-se às modificações da condição de saúde do paciente (Coelho & Diniz, 2005; Fratezi, Gutierrez & Falcão, 2010; Romero, 2002; Smerglia et al., 2007).

Alguns idosos mostraram-se cientes de que os cuidados com a saúde não cessam com a alta e a caracterizaram como uma continuidade do tratamento. Exemplos: “Vou receber porque eu tenho que ir para o Hospital de Base” (I25, 71 anos); “Bem, agora eu vou cuidar, ter mais cuidado” (I27, 73 anos). Devido à complexidade da saúde do idoso, esta continuidade nas intervenções em saúde é necessária. É importante que o paciente saia do hospital compreendendo que, embora tenha recebido alta, a atenção à sua saúde continua. Se o idoso puder expressar seus temores, a equipe de saúde terá condições de auxiliá-lo na preparação para o retorno ao domicílio.

Outra categoria das entrevistas foi a alta como significado de melhora do quadro clínico. Exemplo: “Tô boa, fiquei boa, tô me sentindo bem, melhorou tudo” (I21, 75 anos). Nota-se que, para alguns idosos, receber a alta é uma confirmação de melhora do estado de saúde. Um paciente citou que a alta propicia maior despreocupação da família com relação ao seu estado de saúde. Esta percepção é importante, pois reflete que, durante a internação, além de se preocuparem com o seu tratamento, alguns idosos afligem-se com os sentimentos dos familiares. Exemplo: “é bom, né, é bom demais. Em casa já é outra coisa, né? Fica à vontade, tranquilo, né. Aí todo mundo fica preocupado, nós tando internado, sabe que não tá bom. Tá bom é ficando em casa, mas eu tô bom, graças a Deus” (I24, 68 anos). O pensamento de estar “dando trabalho” aos filhos é bastante comum atualmente. Ao longo das últimas décadas, a família vem perdendo a centralidade e, embora ainda seja considerada a principal fonte de apoio, as pessoas buscam cada vez mais a autossuficiência, e a dependência familiar passa a ser indesejada e mal vista socialmente (Debert & Simões, 2006, Torres et al., 2009).

A maioria dos cuidadores tinha boas expectativas com o retorno ao domicílio, tendo em vista que oportuniza maior conforto para si e para o paciente. Além disso, os familiares



explicitaram que, no domicílio, o trabalho do cuidador é facilitado pela comodidade, autonomia e possibilidade de outras pessoas oferecerem auxílio.

A alegria e expectativa da família pelo retorno do paciente também foram mencionadas pelos familiares, manifestando que o contato entre família e idoso é importante para ambos. Quando, em uma família, as trocas intergeracionais acontecem em forma de apoio mútuo, sejam auxílios instrumentais e/ou afetivos, a coesão e satisfação familiar aumentam, trazendo bem-estar para todos os membros da família (Sousa et al., 2012).

O medo e a insegurança quanto ao retorno também estavam presentes nas entrevistas. Exemplo: “eu tinha medo. Eu tinha medo de vir do hospital, chegar aqui e não fazer as coisas direito, com medo assim de acontecer alguma coisa com ela, por eu tá cuidando” (C3, cuidadora da mãe). A alegria do retorno também pode vir acompanhada de insegurança e incerteza sobre os cuidados futuros (Dantas et al., 2002), seja pelo medo do estado de saúde do paciente se agravar, pela inabilidade no manuseio de instrumentos e curativos ou mesmo pelas modificações na rotina familiar, como mudança de residência do idoso, necessidade de mais atenção e/ou mais intervenções na saúde (consultas, exames, cirurgias futuras etc.).

Sobre as recomendações recebidas, os pacientes constataram alterações na medicação e alimentação, necessidade da utilização de equipamentos de saúde (como sonda) e encaminhamentos para outros serviços de saúde, confirmando que exigências de cuidados modificam-se após a internação (Huber & McClelland, 2003; Pearson et al., 2004), sendo necessária uma readaptação. Apenas três idosos mencionaram que não receberam nenhuma recomendação nova. Outros três idosos afirmaram que não sabiam sobre as recomendações de alta. Nota-se, então, que, às vezes, os idosos saem do hospital sem saber sobre como serão os seus cuidados, ficando a responsabilidade apenas para os familiares.

Este resultado possibilita reflexões sobre como essa desinformação se dá. Se é a família que toma a frente em assumir os cuidados, se é a equipe de saúde que não direciona as informações ao paciente ou se o próprio paciente prefere esquivar-se destas preocupações ou tem dificuldade de compreendê-las. Como é comum haverem mudanças no tratamento do idoso quando este é internado, muitas informações precisam ser repassadas e o excesso de informações dificulta a compreensão (Ribeiro & Diogo, 2010). Ou ainda, se mais de um desses fatores atuam em conjunto. É importante citar que cada idoso tem preferências diferentes no recebimento de informações, enquanto alguns se satisfazem com informações gerais e não mostram interesse em compreender os detalhes, outros buscam informações aprofundadas e completas (Robben et al., 2012).

Apenas dois idosos afirmaram que não iriam necessitar de nenhum tipo de auxílio dos familiares após a alta. Os demais mencionaram que necessitariam de ajuda principalmente nas AVD's e no acompanhamento a consultas e no tratamento. Fica evidente a importância do auxílio familiar para idosos no período pós-alta. Exemplo: “Limpar a casa, fazer comida, agora

ela [esposa] tem que fazer tudo, porque eu não posso pegar peso” (I11, 60 anos). Lidar com esta dependência é um desafio para os idosos, pois se refere a aceitar os limites do próprio corpo. A maneira como cada idoso vai reagir a essas perdas é muito particular e envolve o conceito desenvolvido sobre si mesmo (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010).

Como a capacidade de adaptação na velhice é mantida (Baltes, 1987), é possível auxiliar e acompanhar os idosos no processo de adaptação e manutenção da autonomia. Uma maneira de auxiliar a recuperação e estimular a autonomia é com intervenções cujo enfoque está na melhora da capacidade funcional do idoso, pois, mesmo apresentando agravos de saúde, o paciente pode gerir a sua vida (Coelho Filho, 2012). As intervenções devem visar à redução das restrições e dificuldades do idoso, essas atividades podem ser intraindividuais, atuando no estilo de vida e formas de enfrentamento, por exemplo, ou extraindividuais, como medicações e modificações ambientais (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2011).

Quanto ao auxílio que precisariam fornecer ao paciente, dez cuidadores afirmaram que, como o idoso encontrava-se acamado, o paciente necessitaria de auxílio total. Auxílios mais específicos como nas AVD's, na medicação e acompanhamento nos serviços de saúde foram citados. Apenas um cuidador mencionou que acreditava que não precisaria ajudar o paciente após a alta (no entanto, na entrevista domiciliar, informou que precisou auxiliá-lo). É evidenciado que quando o idoso está muito fragilizado, a dependência dos familiares aumenta (Coelho & Diniz, 2005) e estes precisam dispor de mais recursos (materiais, emocionais e sociais) para lidarem com as demandas do paciente. Ressalta-se que, embora seja argumentada a importância do suporte social, este pode ser negativo dependendo da expectativa de quem o recebe, já que a ajuda recebida pode não ser o que o cuidador está realmente necessitando. É preciso, ainda, diferenciar que tipo de auxílio está sendo abordado, se é uma ajuda instrumental ou socioemocional (Smerglia et al., 2007).

Grande parte dos idosos e dos cuidadores afirmou que tem uma boa relação com o cuidador principal/idoso, tanto antes como após a alta (ver Tabelas 13 e 14). Antes de observar o fato de modo otimista, é preciso refletir sobre a escolha do cuidador. Uma das razões para que determinado familiar assuma o papel de cuidador principal é a afetividade com o idoso (Born, 2008; Silva & Neri, 2009). O relacionamento satisfatório da díade não significa que o relacionamento da família como um todo seja o ideal, nem evita a sobrecarga do cuidador e, ainda, que o idoso esteja à vontade com a necessidade de receber cuidados da família.

Apenas dois idosos afirmaram possuir conflitos com os respectivos cuidadores, ainda assim, caracterizaram a relação como positiva. Os cuidadores que afirmaram apresentar conflitos com os pacientes relataram que estes ocorriam devido à “teimosia” do paciente em querer fazer algo não recomendado pelos profissionais de saúde. Frequentemente, os cuidadores relatam que os conflitos se dão devido ao criticismo dos idosos com relação a eles, denotando a dificuldade do idoso aceitar ser cuidado por aquele familiar (Carneiro & França, 2011). A

relação entre o idoso dependente e o cuidador é bastante delicada, pois é muito difícil para o idoso dar-se conta de que está perdendo sua autonomia, ao mesmo tempo, é difícil para o cuidador encontrar o equilíbrio entre o que deve assumir o controle e o que deixar que o paciente decida sozinho (Neri, 2009a). O julgamento de que o idoso não é capaz de realizar determinada atividade, como o autocuidado, pode impelir os familiares a fazerem em seu lugar. Desse modo, o idoso não recebe os estímulos necessários, aumentando a sua dependência (Neri, 2006). Além disso, o conflito pode ser instalado devido à diferença na percepção sobre a necessidade de cuidado. É comum os filhos pensarem que os pais requerem mais cuidados do que estes acreditam (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2012).

Tabela 13. Categorias das entrevistas com idosos após a alta

	Categoria	f	%
Recuperação	Paciente em processo de recuperação	8	42,1
	Recuperação avaliada como boa	7	36,8
	Paciente sente-se mais debilitado	3	15,8
	Paciente instável	3	15,8
Comparação com a expectativa	Não houve diferença	13	68,4
	Outros	3	15,8
	Não criou expectativa	2	10,5
	Paciente está melhor que o esperado	1	5,3
Dificuldades no pós-alta	Nenhuma	8	42,1
	Dificuldade de locomoção	4	21
	Dificuldade com equipamentos	3	15,8
	Queixas de dor	2	10,5
	Dificuldades respiratórias	2	10,5
	Problemas com a medicação	2	10,5
	Problemas financeiros	1	5,3
	Dificuldade para alimentar-se	1	5,3
	Necessidade de profissional	1	5,3
Relação com o cuidador	Relação avaliada como positiva	17	89,4
	Relação avaliada como positiva, mas com conflitos	2	10,5
Necessidade de auxílio profissional	Precisou e conseguiu	14	73,5
	Não precisou	4	21
	Precisou, mas não conseguiu	2	10,5
	Precisou e conseguiu de modo insatisfatório	1	5,3

Tabela 14. Categorias das entrevistas com os cuidadores após a alta

	Categoria	f	%
Comparação com a expectativa	Estado de saúde do paciente melhor que o esperado	8	32
	Nenhuma diferença	8	32
	Outros agravos de saúde	4	16
	Mudança no comportamento do paciente	4	16
	Paciente mais frágil	1	4
	Reinternação rápida	1	4
	Problemas com equipamentos de saúde	1	4
Necessidade de auxiliar o paciente	Auxílio total - Paciente acamado	12	48
	Paciente dependente nas AVD's	10	30
	Necessidade de acompanhar o paciente durante o tratamento	4	16
	Administração dos medicamentos	4	16
	Locomoção	3	12
Necessidade de profissional	Necessitou e conseguiu	16	64
	Necessitou, mas não conseguiu	8	32
	Não necessitou	1	4
	Conseguiu de forma insatisfatória	1	4
Relação com o paciente	Relação avaliada como positiva	14	56
	Relação avaliada como positiva, mas com conflitos	6	24
	Paciente muito dependente emocionalmente do cuidador	3	12
	Relação avaliada como difícil	1	4

De modo geral, os pacientes relataram que a sua recuperação física estava sendo boa e com poucos agravos que não eram esperados. Entre os cuidadores, quatro afirmaram que o paciente havia apresentado mudanças de comportamento não esperadas e quatro relataram que surgiram agravos de saúde não esperados. Um cuidador afirmou, ainda, que o paciente estava mais frágil do que havia imaginado no momento da alta. Assim como o estado de saúde do idoso se modifica ao longo da transição hospital-residência, as necessidades dos familiares também mudam (Shyu, 2000b).

Entre as dificuldades dos idosos relatadas após o retorno para o domicílio, foram mencionadas: dificuldade de locomoção, financeira e problemas com medicamentos. É notório que, além dos aspectos referentes à recuperação do período de internação, surgem questões

sociais, como o acesso à medicação e à alimentação prescritas pelos profissionais. Se o paciente é bem orientado sobre seu prognóstico e tratamento, mas não consegue fazê-lo porque não tem recursos para isso, pouco adianta o esforço e a organização da equipe de saúde.

Pautando-se nas dificuldades descritas, faz-se necessária uma reflexão sobre a aplicação das políticas públicas para idosos no Brasil. Embora a legislação venha se atualizando, facilmente é notada a dificuldade de sua efetivação. O rápido aumento da população idosa e a sua heterogeneidade exige que muitas políticas sejam repensadas, afinal, não é possível caracterizar como “velhice” uma faixa etária que compreende mais de 30 anos e aderir regras únicas para todos. Além disso, para que o propósito da Saúde do Idoso seja atingido, é preciso que as políticas de saúde sejam pensadas e executadas para todas as idades, já que a saúde do idoso depende de como ela foi cuidada durante toda a sua vida, além disso, evita-se o conflito entre gerações, substituindo-o pela solidariedade (Camarano & Pasinato, 2004; Debert & Simões, 2006).

Grande parte dos cuidadores declarou que precisou auxiliar os pacientes em todas as atividades no pós-alta, pois estes se encontravam acamados. Os cuidadores de pacientes não acamados relataram que precisaram auxiliá-los nas AVD's, no acompanhamento a serviços de saúde, para lembrar o horário da medicação e na locomoção. Mesmo quando o paciente idoso está se recuperando conforme o previsto, precisa do envolvimento de ao menos um familiar para poder cuidar da sua saúde.

Alguns pacientes e cuidadores mencionaram que necessitaram de auxílio profissional, mas não o conseguiram ou conseguiram de forma insatisfatória. Percebe-se, então, que o idoso ainda tem dificuldade de acesso ao atendimento que necessita na comunidade. Principalmente aqueles que estão acamados e precisam que o atendimento seja feito domiciliarmente. Exemplos: “Eu tô precisando é de uma cadeira de roda. Tá uma dificuldade, querem levar ele para Trindade pra tirar a medida, tudo, mas ele num ‘guenta’, só se conseguir uma cadeira usada, pra levar ele pra tirar a pressão, que eu nunca medi a pressão dele desde que eu vim, que eu pedi às meninas do posto ali, as meninas muito ocupada, num pode vim, nunca media a pressão dele. Eu falei com elas lá, até hoje nunca apareceram, se conseguisse a cadeira de roda eu ia medir a pressão dele e olhar como é que tava” (C22, cuidadora do pai); “Olha, sinceramente, o que eu preferia que ela tivesse era um médico pra que cuidasse dela aqui em casa, porque tá difícil demais pra eu levar ela nos consultórios, porque tem que depender desse oxigênio, eu não tenho uma bala de oxigênio pra transportá-la” (C4, cuidadora da mãe).

O domicílio oferece segurança ao idoso e, além de facilitar o cuidado, essa é uma das principais razões para que o atendimento domiciliar seja requerido. No entanto, é preciso estar atento a algumas especificidades deste serviço. O atendimento em domicílio não é apenas uma mudança do local de tratamento, mas necessita de uma reformulação na forma como o acompanhamento ao idoso é realizado, considerando que é um ambiente de moradia, cuja

privacidade precisa ser respeitada. Além disso, é preciso atenção às condições do domicílio e verificar que atividades podem ser realizadas no local (Floriani & Schramm, 2004; Lannin et al., 2007).

Neste tipo de atendimento, pacientes, familiares, cuidadores, profissionais e gestores de saúde estão envolvidos nas tomadas de decisões, podendo haver conflitos. Portanto, não se deve capacitar o cuidador apenas tecnicamente, mas criar condições para que o cuidado seja realizado de modo que preserve a saúde tanto do paciente quanto a do cuidador (Floriani & Schramm, 2004).

Os relatos confirmam o que alguns autores (Castro & Camargo Junior, 2008; Ganzella & Zago, 2008) já vêm mostrando, que, no Brasil, há uma indefinição sobre o atendimento ao paciente quando este retorna ao domicílio. É nítida a dificuldade apresentada pelos cuidadores dos idosos, principalmente dos acamados, para conseguir atendimento no período pós-alta, quando este não é realizado na instituição na qual ocorreu a internação. Além de gerar ansiedade e desgaste nos familiares, o idoso tem a sua saúde prejudicada por não receber o acompanhamento que necessita.

Fica clara a importância de as equipes de saúde que atendem pacientes idosos estarem atentas para os familiares, tanto como parceiros no cuidado ao paciente, mas também como indivíduos que necessitam de cuidados instrumentais (acesso a serviços e profissionais), de informações (sobre o diagnóstico, prognóstico, cuidados previstos, como proceder em caso de emergência), de suporte para o autocuidado, além de um trabalho focado no sistema familiar.

Destaca-se o fato de que o nível de satisfação com os serviços de saúde foi divergente entre os resultados das entrevistas e os dados do QCCP. Uma das possibilidades desta disparidade advém dos tipos de resultados que as análises qualitativa e quantitativa oferecem. Assim, como a análise qualitativa permite maior profundidade de compreensão da subjetividade do participante, as entrevistas podem ter possibilitado a expressão da insatisfação com os serviços (Creswell, 1994).

Os resultados também podem ter sido influenciados pela desejabilidade social, que ocorre quando o participante responde a um instrumento de modo tendencioso, expressando uma resposta mais desejável socialmente. Esse fenômeno tende a enviesar pesquisas, pois pode gerar resultados que não correspondem exatamente à percepção do indivíduo (Ribas Junior, Moura & Hutz, 2004). Nesta pesquisa, os participantes foram recrutados quando estavam internados em um hospital, por isso, podem ter associado a pesquisadora com o serviço hospitalar. É possível que tenham acreditado, portanto, que avaliar positivamente o atendimento pudesse trazer benefícios indiretos para eles.

Além disso, como a primeira parte do questionário foi aplicada logo após o recebimento da alta hospitalar, o contentamento com o retorno ao domicílio pode ter influenciado as respostas ao instrumento. É preciso considerar, ainda, que a amostra investigada é uma

população com uma rede de apoio social enfraquecida. Ao encontrar algum tipo de apoio nos serviços de saúde nos quais foram atendidos, os participantes podem ter demonstrado maior satisfação, mesmo que a assistência não tivesse suprido as suas necessidades plenamente. Portanto, mesmo com resultados satisfatórios, é preciso focar-se constantemente no aperfeiçoamento da atenção ao idoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da longevidade trouxe a necessidade de estudos e ações voltados para o envelhecimento, na tentativa de promover bem-estar ao idoso e superar os desafios inerentes à nova configuração que está se estabelecendo na sociedade. Um destes desafios é lidar com a complexidade da saúde do idoso e a tendência à fragilidade, cronicidades, comorbidades e internações hospitalares frequentes.

A internação é um momento delicado para o idoso e, comumente, traz modificações temporárias ou permanentes no seu modo de vida. Logo, por mais que a alta hospitalar seja desejada, a mesma precisa ser efetivada com cautela. Uma das dificuldades para que a alta seja bem sucedida é a quantidade de atores que estão envolvidos: pacientes, familiares, equipes de saúde hospitalares e domiciliares, instituições da comunidade e cuidadores formais.

Considerando tal problemática, esta pesquisa foi realizada a fim de contribuir com reflexões e trazer possibilidades de atuações no que concerne a alta hospitalar do idoso, resgatando as percepções de dois agentes de grande importância no fenômeno: os próprios pacientes e seus cuidadores informais.

O método misto de pesquisa possibilitou a compreensão de como os participantes percebem a transição de modo mais amplo. O instrumento QCCP auxiliou na avaliação de dimensões específicas da alta hospitalar e as entrevistas possibilitaram maior expressão dos participantes, que puderam explicar aspectos abordados no instrumento, além de contribuir com outros assuntos não tratados nele.

Concluiu-se que a aplicação do QCCP ter sido realizada pela própria pesquisadora foi adequada para a pesquisa. O QCCP possibilitou que fossem atingidos resultados importantes para a compreensão de como os participantes perceberam a transição hospital-domicílio, portanto, indica-se que o questionário seja validado no Brasil e utilizado em outras pesquisas.

O contato com os participantes em dois momentos, ainda no hospital e posteriormente no domicílio, permitiu acessar as suas percepções sobre o período da transição. Visitar a residência também auxiliou a mestrandia a perceber a realidade enfrentada pelos idosos e cuidadores na comunidade, pois possibilitou o conhecimento do ambiente de cuidados, do acesso à moradia e serviços de saúde, além de permitir maior compreensão das relações familiares.

Os resultados mostraram que, na perspectiva dos participantes, a internação, a alta hospitalar e o período pós-alta são momentos cruciais à saúde do idoso e merecem atenção das equipes de saúde e pesquisadores. Tanto pacientes quanto familiares demonstraram inseguranças e dificuldades, que podem ser amenizadas com intervenções que os auxiliem na transição hospital-domicílio.



Os serviços de saúde hospitalares e comunitários precisam ser integrados e auxiliar o idoso na manutenção da qualidade de vida e evitar reinternações desnecessárias. Também é importante assegurar atendimento preventivo para além do idoso, incluindo outros familiares, com atenção especial aos cuidadores informais que, por vezes, sobrecarregam-se, acumulam funções e encontram poucas fontes de apoio. Tal propósito só pode ser atingido quando as equipas de saúde forem capacitadas a compreender e a tratar a saúde e o envelhecimento de modo integral e interdisciplinar e, sobretudo, possuírem os recursos necessários para desempenhar o seu trabalho.

O psicólogo tem funções importantes nas equipas multiprofissionais. Quando o idoso está hospitalizado, o psicólogo pode atuar identificando as dificuldades para melhor orientação e apoio a pacientes e familiares, de modo que retornem ao domicílio sem inseguranças. Na comunidade, o psicólogo pode planejar e executar intervenções psicológicas que promovam a saúde do idoso e do cuidador, a fim de evitar reinternações e sobrecarga.

A homogeneidade na amostra não permitiu que fossem feitas comparações entre os dados sociodemográficos e as percepções dos participantes. Sugere-se que, em estudos futuros, a percepção da alta seja investigada em pacientes com doenças e/ou comorbidades específicas. Também se sugere que a alta seja estudada em outras regiões do país. É necessário o desenvolvimento de mais pesquisas sobre a alta hospitalar do idoso no intuito de subsidiar intervenções adequadas e eficazes que limitem reinternações decorrentes da descontinuidade dos cuidados.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. (2004). Velhices: Estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. *Textos sobre Envelhecimento*, 7(1), 57-75.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Arrais, A. R., Oliveira, A. P. S. V., & Paula, F. T. M. (2012). O atendimento psicológico a adultos e idosos com quadros psicossomáticos no pronto-socorro de um hospital. *Psicologia e Saúde*, 4(1), 77-84.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: A velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17(36), 7-31.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110. doi: 10.1146/annurev.ps.31.020180.000433
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Original publicado em 1977).
- Batista, C. G. (1996). Observação do comportamento. In L. Pasquali (Ed.), *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 263-296). Brasília: UnB, INEP.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Benzar, E., Hansen, L., Kneitel, A. H., & Fromme, E. K. (2011). Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 65-69. doi: 10.1089/jpm.2010.0335.
- Borges, L. C. (2006). Os grupos de convivência na terceira idade: suporte social e afetivo. In D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Eds.), *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Born, T. (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

- Braz, E., & Ciosak, S. I. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 372-377. doi: 10.1590/S1414-81452009000200019
- Caixeta, J. E., & Barbato, S. (2004). Identidade feminina - Um conceito complexo. *Paidéia*, 14(28), 211 -220. doi: 10.1590/S0103-863X2004000200010
- Camarano, A. A. (2006). Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 88-105). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In A. A. Camarano (Ed.), *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* (pp. 253-292). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: Uma necessidade urgente de apoio formal. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6(2), 231-254.
- Camargos, M. C. S., Rodrigues, R. N., & Machado, C. J. (2011). Idoso, família e domicílio: Uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 28(1), 217-230. doi:10.1590/S0102-30982011000100012
- Carneiro, V. L., & França, L. H. F. P. (2011). Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: O olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 647-662.
- Castro, E. A. P., & Camargo Junior, K. R. (2008). Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup. 2), 2075-2088. doi: 10.1590/S1413-81232008000900012
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954. doi: 10.1590/S1413-81232012000800002
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2011). *Adult development and aging*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-150. doi: 10.1590/S0103-65642002000100007
- Cesar, A. M., & Santos, B. R. L. (2005). Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(6), 647-652. doi: 10.1590/S0034-71672005000600004
- Chaimowicz, F. (2006). Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 106-130). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Climo, A. H., & Stewart, A. J. (2003). Eldercare and personality development in middle age. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *Handbook of adult development* (pp. 443-458). New York: Springer Science.
- Coelho Filho, J. M. (2012). Saúde do idoso. In M. Z. Rouquayrol & M. Gurgel (Eds.), *Epidemiologia & saúde* (pp. 401-420). Rio de Janeiro: Medbook.
- Coelho, V. L. D., & Diniz, G. (2005). Da solidão à solidariedade: Grupos de familiares de idosos com demência. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Família e casal: Efeitos da contemporaneidade* (pp.177-199). Rio de Janeiro: PUC.
- Coleman, E. A., & Boult, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal American Geriatric Society*, 51(4), 556-557. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S-J. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(25), 1822-1828. doi:10.1001/archinte.166.17.1822
- Cosnier, J. (1994). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (Eds.), *Soins et Communication: Approches Interactionistes des Relations de Soins* (pp. 17-22). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Costa Neto, S. B., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco & M. J. Kovacs (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 195-208). São Paulo: Summus.
- Creswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. London: Sage.
- Cunliffe, A. L., Gladman, J. R. F., Husbands, S. L., Miller, P., Dewey, M. E., & Harwood, R. H. (2004). Sooner and healthier: A randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age and Ageing*, 33(3), 246-252. doi: 10.1093/ageing/afh076
- Cupertino, A. P. F. B, Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86. doi: 10.1590/S0102-79722007000100011
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: Usando SPSS para windows*. Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, R. A. S., Stuchi, R. A. G., & Rossi, L. A. (2002). A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(4), 345-350.

- Da-Silva, S. L., Pereira, D. A., Veloso, F., Satler, C. E., Arantes, A., & Guimarães, R. M. (2011). Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: Um estudo não controlado intrasujeitos. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 28(2), 229-240. doi: 10.1590/S0103-166X2011000200010
- Debert, G. G. (2003). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In M. M. L. Barros (Ed.), *Velhice ou terceira idade?* (pp. 49 -68). Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Debert, G. G. (2004). A construção e reconstrução da velhice: Família, classe social e etnicidade. In A. L. Neri & G. G. Debert (Eds.), *Velhice e sociedade* (pp. 41-68). Campinas: Papirus.
- Debert, G. G., & Simões, J. A. (2006). Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1366-1373). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Diário Oficial da União (2003). Decreto Lei nº 10.741. Retirado de: [http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto\\_idoso\\_5ed.pdf](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf)
- Ezequiel, M. C. D. G., & Sonzogni, M. C. (2006). O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: Um estudo de representações sociais. *Psicologia da Educação*, 23, 123-153.
- Falcão, D. V. S., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2010). Resiliência e Saúde Mental dos idosos. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Eds.), *Idosos e Saúde Mental* (pp. 33-51). Campinas: Papirus.
- Falcão, D. V. S., & Carvalho, I. S. (2010). Idosos e Saúde Mental: Demandas e desafios. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Eds.), *Idosos e Saúde Mental* (pp. 11-31). Campinas: Papirus.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática psicológica com pessoas idosas: Uma leitura substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*, 22(3). Retirado de: <http://hdl.handle.net/1822/10386>
- Figueiredo, D., Lima, M., & Sousa, L. (2009). Os “pacientes esquecidos”: Satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Kairós*, 12(1), 97-112.
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde* (pp. 19-39). Porto Alegre: Artmed.

- Fleck, M. P. A., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799. Doi: 10.1590/S0034-89102003000600016
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução?. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 986-994. doi: 10.1590/S0102-311X2004000400013
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder* (R. Machado Trad). Rio de Janeiro: Graal (Trabalho original publicado em 1979).
- Fratezi, F. R., Gutierrez, B. A. O., & Falcão, D. V. S. (2010). Doença crônica: O processo de morrer e a morte do idoso na família. In D. V. S. Falcão (Ed.), *A família e o idoso: Desafios da contemporaneidade* (pp. 191-210), Campinas: Papyrus.
- Freire, S. A., & Resende, M. C. (2008). Estudos e intervenções para a promoção da velhice satisfatória. *Psicologia para América Latina*, 14. Retirado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X20080300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X20080300002)
- Fundação Perseu Abramo (2007). Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Retirado de: <http://www2.fpa.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniaio-publica/pesquisas-realizadas/prefacio-sesc>
- Ganzella, M., & Zago, M. M. F. (2008). The hospital discharge as evaluated by patients and their caregivers: An integrative literature review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 351-355. doi: 10.1590/S0103-21002008000200019
- García-Perez, L., Linertová, R., Lorenzo-Riera, A., Vázquez-Díaz, J. R., Duque-González, B., & Sarría-Santamera, A. (2011). Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A sitematic review. *QJM: An International Journal of Medicine*, 104(11), 639-651. doi: 10.1093/qjmed/hcr070
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 835-841. doi: 10.1590/S0034-89102004000600012
- Golden, A. G., Tewary, S., Dang, S., & Ross, B. A. (2010). Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*, 50(4), 451-458. doi: 10.1093/geront/gnq015
- Gordon, J. R., Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Murphy, W. M., & Rose, M. (2012). Balancing caregiving and work: Role conflict and role strain dynamics. *Journal of Family Issues*, 33(5) 662-689. doi:10.1177/0192513X11425322
- Grimmer, K., Moss, J., & Falco, J. (2004). Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: A longitudinal study.

- International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 465-472.  
doi: 10.1093/intqhc/mzh071
- Gruenewald, T. L., Liao, D. H., & Seeman, T. E. (2012). Contributing to others, contributing to oneself: Perceptions of generativity and health in later life. *The Journals of Gerontology*, 67(6), 660-665. doi: 10.1093/geronb/gbs034
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308. doi: 10.1590/S0102-79722006000200017
- Hadjistavropoulos, H. D., Garratt, S., Janzen, J. A., Bourgault-Fagnou, M. D., & Spice, K. (2009). Development and evaluation of a Continuity of Care Checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, 183-193. doi:10.1016/j.joon.2009.05.006
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Jazen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire International. *Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 314-323. doi: 10.1093/intqhc/mzn030
- Hall, S., Opio, D., Dodd, R. H., & Higginson, I. J. (2011). Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age and Ageing*, 40(4), 507-512. doi: 10.1093/ageing/afr027
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, P. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journal of Gerontology*, 64(8), 873-879. doi: 10.1093/gerona/glp034
- Hsu, H-C., & Jones, B. L. (2012). Multiple trajectories of successful aging of older and younger cohorts. *Gerontologist*, 52(6), 843-856.
- Huber, D. L., & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing*, 19(3), 204-210. doi: 10.1016/S8755-7223(03)00071-1
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Autor.
- Israel, N. E. N., Andrade, O. G., & Teixeira, J. J. V. (2011). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(1), 1349-1356. doi: 10.1590/S1413-81232011000700069
- Jacelon, C. (2003). Managing personal integrity: The process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 549-557. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03029.x
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., . . . Culpepper, L. (2009). A Reengineered hospital discharge program to decrease hospital utilization: A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187.

- Karsch, U. M. (1998). *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo: PUC-SP. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300019
- Kawasaki, K., & Diogo, M. J. D. (2007). Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. *ACTA Fisiátrica*, 14(3), 164-169. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300019
- Khoury, H. T. T., & Günther, I. A. (2008). Ambiente de Moradia e controle primário em idosos. *Paidéia*, 18(39), 53-60. doi: 10.1590/S0103-863X2008000100006
- Kim, Y., & Schulz, R. (2008). Family caregivers' strains: Comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *Journal of Aging and Health*, 20(5), 483-503. doi: 10.1177/0898264308317533
- Koerner, S. S., Shirai, Y., & Kenyon, D. B. (2010). Sociocontextual circumstances in daily stress reactivity among caregivers for elder relatives. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(5), 561-572. doi: 10.1093/geronb/gbq045
- Korin D. (2001). Nuevas perspectivas de género en salud. *Adolescência Latinoamericana*, 2(2), 67-79.
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2011). Contexts of aging: Assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 66B(5), 547-556. doi: 10.1093/geronb/gbr036
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., & Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2, 314-323. doi: 10.1002/jhm.228
- Lannin, N. A., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, C-W. C., Cameron, I. D., & Barras, S. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BioMed Central Health Services Research*, 7(42). Retirado de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/42>. doi: 10.1186/1472-6963-7-42
- Leal, M. G. S. (2009). O poder das decisões antecipadas: Providências antes de a crise chegar. In B. C., D. C. Goldfarb & R. G. C. Lopes (Eds.), *Psicogerontologia: Fundamentos e práticas* (pp. 171-186). Curitiba: Juruá.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2007). Saúde e independência: Aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas?. In A. L. Neri (Ed.), *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas* (pp. 191-208). São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESC.
- Lopes, R. G. C., Barbieri, N. A., & Gambale, C. A. (2009). Velhice contemporânea e atuação do psicólogo: Reinventando a profissão. In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Eds.),



*Psicologia do envelhecimento: Relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas: Alínea.

- Lyonette, C., & Yardley, L. (2003). The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Ageing & Society*, 23, 487-506. doi: 10.1017/S0144686X03001284
- Marin, M. J. S., & Angerami, E. L. S. (2000). Avaliação da satisfação de um grupo de idosas e cuidadores com o planejamento de alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 265-273.
- Marin, M. J. S., Bazaglia, F. C., Massarico, A. R., Silva, C. B. A., Campos, R. T., & Santos, S. C. (2010). Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 962-968. doi: 10.1590/S0080-62342010000400015
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- McLeod, E., Bywaters, P., Tanner, D., & Hirsch, M. (2008). For the sake of their health: Older service users' requirements for social care to facilitate access to social networks following hospital discharge. *British Journal of Social Work*, 38, 73-90. doi: 10.1093/bjsw/bcl341
- Ministério da Saúde (2010). Datasus: Informações de saúde, de 12 de janeiro de 2013. Retirado de [www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm](http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm)
- Ministério da Saúde (2006). Portaria nº 2.528, de 10 de maio de 2012. Retirado de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos>
- Ministério do Trabalho e do Emprego (2010). Classificação Brasileira de Ocupações. Retirado de: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>
- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2011). Recomendação Nº 01/2011 - PRODIDE. Retirado de: <http://www.mpdft.gov.br/comunicação/site/arquivos/prodide.pdf>
- Monteiro, C. R., & Faro, A. C. M. (2010). Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 44(3), 719-724. doi: 10.1590/S00800-62342010000300024
- Morais, O. N. P. (2009). Grupos de idosos: Atuação da Psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 846-855. doi: 10.1590/S1414-98932009000400014
- Moreira, F., Nóbrega, M. M. L., & Silva, M. I. T. (2003). Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 184-188. doi: 10.1590/S0034-71672003000200015

- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: Reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 451-456. doi: 10.1590/S0102-37722012000400003
- Navaie-Waliser, M., Feldman, P. H., Gould, D. A., Levine, C., Kuerbis, A. N., & Donelan, K. (2001). The experiences and challenges of informal caregivers: Common themes and differences among whites, blacks, and Hispanics. *Gerontologist*, 41(6), 733-741.
- Negreiros, T. C. G. M. (2003). *A nova velhice: Uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Neri, A. L. (2006). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percorso histórico e teorias atuais. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-77). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2008). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. L. Neri (Ed.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2009a). Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 237-285). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2009b). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 237-285). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. (2010). Dependência e autonomia. In M. E. Guariento & A. L. Neri (Eds.), *Assistência ambulatorial ao idoso* (pp. 31-44). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., & Cachioni, M. (2004). Velhice bem-sucedida e educação. In A. L. Neri & G. G. D. (Eds.), *Velhice e sociedade* (pp. 113-140). Campinas: Papirus.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In A. L. Neri (Ed.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 9-64). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L., Born, T., Grespan, S. M., & Medeiros, S. L. (2009). Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In M. S. D. Diogo, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 11-38). Campinas: Alínea.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Healthy ageing: Practical pointers on keeping well*. Genebra: Autor.
- Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da velhice no Século XX: Histórico, definições do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni

- (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPam.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-20). Lisboa: Lidel.
- Pearson, P., Procter, S., Wilcockson, J., & Allgar, V. (2004). The process of hospital discharge for medical patients: A model. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 496-505. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03023.x
- Peixoto, S. V., Giatti, L., Afradique, M. E., & Lima-Costa, M. F. (2004). Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4), 239-246. doi: 10.5123/S1679-49742004000400006
- Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2002). Tarefas de cuidar: Com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In Neri, A. L. (Ed.), *Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais* (pp. 135-164). Campinas: Alínea.
- Pond, R., Stephens, C., & Alpass, F. (2010). Virtuously watching one's health: Older adults' regulation of self in the pursuit of health. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 734-743. doi: 10.1177/1359105310368068
- Prado, S. D., & Sayd, J. D. (2006). A gerontologia como campo do conhecimento científico: Conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 491-501. doi: 10.1590/S1413-8123200600026
- Preen, D. B., Bailey, B. E. S., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., . . . Williams, E. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19(43), 177-187. doi: 10.1590/S0103-863X2009000200006
- Queroz, N. C. (2010). Aspectos do conhecimento psicogerontológico para atenção à família, ao cuidador e às instituições de idosos fragilizados. In D. V. S. Falcão (Ed.), *A família e o idoso: Desafios da contemporaneidade* (pp. 111-128), Campinas: Papyrus.
- Resende, M. C. F., & Dias, E. C. (2008). Cuidadores de idosos: Um novo/velho trabalho. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4), 785-800. doi: 10.1590/S0103-73312008000400010
- Ribas Junior, R. C., Moura, M. L. S., & Hutz, C. S. (2004). Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Avaliação Psicológica*, 3(2), 83-92.

- Ribeiro, G. L. M. T., & Diogo, M. J. D. (2010). O processo de admissão hospitalar do idoso em Unidade de Clínica Médica. In M. J. D. Diogo, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 211-236). Campinas: Alínea.
- Ribeiro, O. (2012). Género e envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 231-254). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, P. C. P., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(8), 501-509. doi: 10.1590/S1413-73722009000300011
- Robben, S., Kempen, J., Heinen, M., Zuidema, S., Rikkert, M. O., Schers, H., & Melis, R. (2012). Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: A qualitative study. *Family Practice*, 29(6), 742-747. doi: 10.1093/fampra/cms033
- Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 777-794. doi: 10.1590/S1413-81232002000400013
- Rösler-Schidlack, B., Stummer, H., & Ostermann, H. (2010). Health-related quality of life of family caregivers — Evidence from Hesse. *Journal of Public Health*, 19(3), 269-280. doi: 10.1007/s10389-010-0369-z
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A Life Span model of successful aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714. doi: 10.1037//0003-066X.51.7.702
- Shu, C-C., Hsu, N-C., Lin, Y-F., Wang, J-Y., Lin, J-W., & Ko, W-J. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: An experimental study. *BioMed Central Medicine*, 9(9). Retirado de: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/96>
- Shyu, Y. L. (2000a). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 35-43. doi: 10.1046/j.1365-2648.20000.01262.x
- Shyu, Y. L. (2000b). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625. doi: 10.1046/j.1365-2648.20000.01519.x
- Silva, E. B. N., & Neri, A. L. (2009). Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 237-285). Campinas: Papirus.
- Silva, I. R., & Günther, I. A. (2000). Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de Curso de Vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 31-40. doi: 10.1590/S0102-37722000000100005

- Silva, L. F., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P., & Souza, A. C. C. (2002). Doença crônica: O enfrentamento pela família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15(1), 40-47.
- Silveira, T. M., Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800011
- Siqueira, A. B., Cordeiro, R. C., Perracini, M. R., & Ramos, L. R. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 87-94. doi: 10.1590/S0034-89102004000500011
- Siqueira, R. L., Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 899-906. doi: 10.1590/S1413-81232002000400021
- Sisler, J. J., Taylor-Brown, J., Nugent, Z., Bell, D., Khawaja, M., Czaykowski, P., . . . Ahmed, S. (2012). Continuity of care of colorectal cancer survivors at the end of treatment: The oncology–primary care interface. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(4), 468-475. doi: 10.1007/s11764-012-0235-9
- Smerglia, V. L., Miller, N. B., Sotnak, D. L., & Geiss, C. A. (2007). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11(2), 205-217.
- Soboll, L. A. P. (2003). *Controle e exploração: A produção capitalista em uma unidade hospitalar* (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade Federal do Paraná.
- Sousa, L. X., Patrão, M. F., & Vicente, H. T. (2012). Famílias e envelhecimento: O último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 255-271). Lisboa: Lidel.
- SPSS INCORPORATION (2009). SPSS for Windows. Statistical Package for the Social Sciences. Chicago: SPSS Inc.
- Steeman, E., Moons, P., Milisen, K., Bal, N., Geest, S., Froidmont, C., . . . Abraham, I. (2006). Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 352-358.
- Stephens, J., & Flick, U. (2010). Health and ageing: Challenges for health psychology research. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 643-648. doi: 10.1177/135910368178
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.

- Teixeira, I. N. D. O., & Neri, A. L. (2006). A Fragilidade no envelhecimento: Fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1102-1109). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Thober, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 438-443. doi: 10.509/S0034-71672005000400011
- Thomas, P. A. (2011). Gender, social engagement, and limitations in late life. *Social Science and Medicine*, 73, 1428-1435. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.035
- Tomura, H., Yamamoto-Mitani, N., Nagata, S., Murashima, S., & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: Discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 444-453. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x
- Torres, S. V. S., Sé, E. V. G., & Querosz, N. C. (2009). Fragilidade, dependência e cuidado: Desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In M. J. D. Diogo, A. L. Neri & M. Cachioni (Eds.), *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 87-106). Campinas: Alínea.
- Trentini, C. M., Chachamovich, E., & Fleck, M. P. A. (2008). Qualidade de vida em idosos. In M. P. A. Fleck (Ed.), *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde* (pp. 218-228). Porto Alegre: Artmed.
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 849-853. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300017
- van Walraven, C., Mamdani, M., Fang, J., & Austin, P. C. (2004). Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 624-631. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30082.x
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025
- Vianna, L. G., Vianna, C., & Bezerra, A. J. C. (2010). Relação Médico-Paciente idoso: Desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 150-159. doi:10.1590/S0100-55022010000100018
- Vieira, K. F. L., Reis, I. D., Morais Segundo, J. B., Fernandes, M. E., & Macdonald, T. T. V. (2012). Representações sociais da qualidade de vida na velhice. *Psicologia: Ciência e profissão*, 32(3), 540-551. doi: 10.1590/S1414-98932012000300002
- Walter, M. I. M. T. (2010). A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opinião Pública*, 16(1), 186-219. doi: 10.1590/S0104-627620100008

World Health Organization (1997). *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Retirado de:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

Yassuda, M. S. (2006). Memória e envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1245-1251). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**Anexo I - Questionário sociodemográfico**

## Questionário sociodemográfico

1. Nome:
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
4. Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental incompleto  
( ) Ensino Fundamental completo  
( ) Ensino Médio incompleto  
( ) Ensino Médio completo  
( ) Ensino Superior incompleto  
( ) Ensino Superior completo  
( ) Pós-graduação  
( ) Alfabetizado  
( ) Não-alfabetizado
5. Renda mensal:
6. Estado civil: ( ) solteiro(a)  
( ) casado(a)/ companheiro(a)  
( ) viúvo (a)  
( ) divorciado(a)  
( ) namorando
7. Local de residência:
8. Pessoas com quem mora:
9. Composição familiar:
10. Profissão:
11. Religião:
12. Trabalha: ( ) sim ( ) não



## Anexo II – Questionário de Continuidade do Cuidado do Paciente (QCCP)

### QCCP - ANTES DA ALTA HOSPITALAR

**INSTRUÇÕES:** as afirmações desse questionário foram planejadas para avaliar o atendimento recebido no período da alta hospitalar. Por favor, preencha esse questionário sozinho ou com ajuda de alguém. Um cuidador informal (por exemplo, familiares, amigos) também pode, em nome do paciente, completar este questionário.

Leia cada afirmação e **circule** um número entre 1 e 5 para informar se você: 1 (discorda totalmente); 2 (discorda um pouco); 3 (não sabe se concorda ou discorda); 4 (concorda um pouco); 5 (concorda totalmente) com a afirmação. **O quão fortemente você concorda ou discorda com essas afirmações?**

1. Forneceram-me informações claras sobre meu diagnóstico.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
2. Forneceram-me informações claras sobre meu prognóstico (desenvolvimento da doença).
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
3. Foi-me dito sobre os sintomas que podem surgir e como devo lidar com eles.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
4. Deram-me informações sobre os sintomas que possam indicar a necessidade de procurar ajuda médica emergencial e quem contatar para obter essa ajuda (por exemplo, especialista, médico da família, *homecare*).
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
5. Foi-me dito sobre os resultados clínicos que podem interferir na minha saúde ou nos cuidados futuros (por exemplo, histórico de coágulos de sangue, câncer, pressão arterial alta).
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

6. Deram-me informações completas sobre minha medicação (por exemplo, tipo, propósito, quando e quantas vezes por dia deveria ser administrado, quanto custava, efeitos colaterais, interações medicamentosas, natureza e frequência da coleta sanguínea).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

7. Deram-me instruções sobre alimentação (por exemplo, necessidades, restrições, instruções para planejar as refeições diárias).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

8. Foi-me fornecida informação sobre recomendações e restrições relacionadas a atividades, exercícios e auxílio.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

9. Deram-me informações sobre equipamentos e suprimentos médicos (por exemplo, o que precisava comprar, quem deveria entrar em contato para adquirir esses suprimentos).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

10. Deram-me informações sobre consultas de acompanhamento que teria de fazer e consultas que preciso agendar.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

11. Foi-me fornecido informações, por escrito, sobre serviços de apoio recomendados (por exemplo, Home Care, Hospital-dia) e data limite para contato inicial com esses serviços.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

12. Fui informado do tratamento contínuo que pode ser requisitado após a alta hospitalar (por exemplo, sua finalidade, como, quando) e se terei contato contínuo com os profissionais de saúde responsáveis pelo meu cuidado (por exemplo, médico, etc.).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

13. Fui informado dos recursos ou apoio ao paciente (por exemplo, grupos de apoio) que podem estar disponíveis.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

14. Fui informado dos diferentes instrumentos que eu aplico em mim mesmo que poderiam ser úteis, como de material educativo (por exemplo, diários, livros, áudio, vídeos).

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

15. Meus cuidadores informais (por exemplo, familiares, amigos) receberam informações sobre os recursos ou apoio ao paciente (por exemplo, grupos de apoio com pares, organizações comunitárias).

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

16. Meus cuidadores informais tinham as informações necessárias sobre a minha saúde para me ajudar.

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

17. Os profissionais de saúde responsáveis pelo meu cuidado compreenderam as minhas expectativas, crenças e preferências.

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

18. Eu me senti “compreendido” pelos profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado (por exemplo, minha condição de saúde).

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

19. Eu tenho confiança nos profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado.

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

20. Fiquei satisfeito com as informações dos profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado.

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

21. Fiquei satisfeito com o apoio emocional dos profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado.

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

22. Fiquei satisfeito com a oportunidade de conversar e tirar dúvidas com os profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

23. Os diferentes profissionais de saúde pareciam se comunicar bem uns com os outros enquanto eu estava no hospital ou cuidados de recuperação.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

24. Um plano de acompanhamento bem desenvolvido e adequado foi preparado e explicado.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

25. Estava envolvido e de acordo com o plano de acompanhamento.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

26. Minha família participou no plano de acompanhamento como deveria.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

27. Senti-me devidamente preparado para alta.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

### QCCP - APÓS A ALTA HOSPITALAR

**INSTRUÇÕES:** as afirmações desse questionário foram planejadas para avaliar o atendimento recebido no período da alta hospitalar. Por favor, preencha esse questionário sozinho ou com ajuda de alguém. Um cuidador informal (por exemplo, familiares, amigos) também pode, em nome do paciente, completar este questionário.

Leia cada afirmação e **circule** um número entre 1 e 5 para informar se você: 1 (discorda totalmente); 2 (discorda um pouco); 3 (não sabe se concorda ou discorda); 4 (concorda um pouco); 5 (concorda totalmente) com a afirmação. **O quão fortemente você concorda ou discorda com essas afirmações?**

1. Eu me senti “compreendido” (por exemplo, minha condição de saúde atual) pelos profissionais de saúde atuais que assumiram meus cuidados desde a alta.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
2. Confio nos profissionais de saúde que tenho atualmente, que assumiram meus cuidados desde minha alta.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
3. Estou satisfeito com as informações dos meus profissionais de saúde, que assumiram meus cuidados desde minha alta.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
4. Estou satisfeito com o apoio emocional de meus profissionais de saúde, que assumiram meus cuidados desde minha alta.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica
  
5. Estou satisfeito com a oportunidade de conversar e tirar dúvidas com meus profissionais de saúde, que assumiram meus cuidados desde minha alta.
 

1	2	3	4	5	NA
discordo totalmente	discordo um pouco	difícil de decidir	concordo um pouco	concordo totalmente	não se aplica

6. Até onde saiba, os diferentes profissionais de saúde se comunicam bem com as pessoas do hospital sobre os meus cuidados.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

7. Até onde saiba, meu médico da família ou o profissional de saúde foi contatado e informado sobre os aspectos importantes dos cuidados que recebi (por exemplo, diagnóstico, prognóstico, tratamento, medicamentos, etc.).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

8. Já revi meu planejamento geral de tratamento com meu médico da família desde a minha alta.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

9. O plano de acompanhamento tem sido seguido e ajustado como necessário.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

10. Recebi informações consistentes sobre os meus cuidados por todos os profissionais de saúde.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

11. Eu fui lembrado dos compromissos médicos importantes (por exemplo, por carta, por ligação telefônica).

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

12. Até onde saiba, os formulários necessários foram todos concluídos.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

13. Até onde saiba, os formulários foram encaminhados para todos os setores ou profissionais de saúde competentes.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco	totalmente	aplica

14. Até onde saiba, nenhum formulário ou informação foi perdidas quando eu recebi alta.

1	2	3	4	5	NA
discordo	discordo	difícil	concordo	concordo	não se
totalmente	um pouco	de decidir	um pouco		

### Anexo III – Roteiros de entrevista (versão Paciente)

Paciente – Roteiro de entrevista antes da alta

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Nome completo do entrevistado:

Data da internação:

Motivo da internação:

Perguntas
1. Essa foi a primeira internação?
2. Como foi a internação para o(a) senhor(a)?
3. O que sabe sobre a sua doença?
4. Tem outros problemas de saúde?
5. Como é receber alta?
6. Como foi comunicado sobre a alta?
7. O(a) senhor(a) recebeu informações e recomendações sobre a recuperação? O que acha disso?
8. Como acha que vai ser o retorno para casa?
9. Vai precisar de auxílio? Se sim, tem alguém para auxiliá-lo?
10. Como é a sua relação com o cuidador?
11. O(A) senhor(a) tem mais alguma coisa a dizer?

## Paciente – Roteiro de entrevista após a alta

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Nome completo do entrevistado:

Perguntas
1. Como está sendo sua recuperação em casa?
2. Teve ou está tendo alguma dificuldade?
3. Alguma coisa está sendo diferente do esperado? Se sim, o quê?
4. Como ficou a sua relação com o cuidador?
5. Precistou de auxílio de algum profissional durante a sua recuperação? Se sim, o que fez para buscar esse auxílio? Como foi o auxílio?
6. O(A) senhor(a) tem mais alguma coisa a dizer?



**Anexo IV – Roteiros de entrevista (versão Cuidador)**

Cuidador – Roteiro de entrevista antes da alta

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Nome completo do entrevistado:

Relação com o paciente:

Perguntas
1. O que o(a) senhor(a) sabe sobre a doença do(a) paciente?
2. Como foi a internação do paciente para você?
3. O(A) senhor(a) recebeu informações e recomendações sobre a recuperação? O que acha disso?
4. Para o(a) senhor(a), como será o retorno do(a) paciente para sua casa após alta médica?
5. O(A) senhor (a) precisará ajudar o(a) paciente após a alta? Se sim, acredita que conseguirá ajuda-lo(a)?
6. Como é a sua relação com o paciente?
7. O(A) senhor(a) tem mais alguma coisa a dizer?

## Cuidador – Roteiro de entrevista após a alta

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

Nome completo do entrevistado:

Perguntas
1. Como está o paciente?
2. Alguma coisa está sendo diferente do esperado? Se sim, o quê?
3. Precisou ajuda-lo? Se sim, como foi?
4. Como ficou a sua relação com o paciente?
5. Precisou de auxílio de algum profissional durante a recuperação? Se sim, o que fez para buscar esse auxílio? Como foi o auxílio?
6. (A) senhor(a) tem mais alguma coisa a dizer?

## Anexo V – Autorização do Comitê de Ética



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0456/2011

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO:** 523/2011 – PACIENTES IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES: UM ESTUDO SOBRE A ALTA HOSPITALAR.

**Instituição Pesquisada:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 14/10/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 19 de outubro de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
 Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepsedi@saude.df.gov.br  
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907  
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

## Anexo VI – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)*

Você está sendo convidado para participar da pesquisa ***Pacientes idosos e seus cuidadores familiares: estudo sobre a alta hospitalar***. Essa participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você em sua relação com o pesquisador e com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar como a alta hospitalar é percebida por pacientes e seus familiares cuidadores. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em responder dois questionários e participar de duas entrevistas. Os resultados deste estudo, após sua finalização, serão disponibilizados.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF. Contatos: [www.fepecs.edu.br](http://www.fepecs.edu.br) /3325-4955.

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Fone: (61) 3107.6831, E-mail: [leticiahecimo@yahoo.com.br](mailto:leticiahecimo@yahoo.com.br).

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, compreendo o objetivo, riscos e benefícios da minha participação e firmo meu consentimento livre e esclarecido aprovando minha participação na pesquisa proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Letícia Decimo Flesch (Pesquisadora)

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cuidador)*

Você está sendo convidado para participar da pesquisa ***Pacientes idosos e seus cuidadores familiares: estudo sobre a alta hospitalar***. Essa participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você em sua relação com o pesquisador e com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar como a alta hospitalar é percebida por pacientes idosos e seus familiares cuidadores. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em responder um questionário e participar de duas entrevistas. Os resultados deste estudo, após sua finalização, serão disponibilizados.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF. Contatos: [www.fepecs.edu.br/3325-4955](http://www.fepecs.edu.br/3325-4955).

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Fone: (61) 3107.6831, E-mail: [leticiahecimo@yahoo.com.br](mailto:leticiahecimo@yahoo.com.br).

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, compreendo o objetivo, riscos e benefícios da minha participação e firmo meu consentimento livre e esclarecido aprovando minha participação na pesquisa proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Letícia Decimo Flesch (Pesquisadora)

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Idosos - observação)*

Você está sendo convidado para participar da pesquisa ***Pacientes idosos e seus cuidadores familiares: estudo sobre a alta hospitalar***. Essa participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você em sua relação com o pesquisador e com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar como a alta hospitalar é percebida por pacientes idosos e seus familiares cuidadores. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em uma observação direta, responder dois questionários e participar de duas entrevistas. Os resultados deste estudo, após sua finalização, serão disponibilizados.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF. Contatos: [www.fepecs.edu.br/3325-4955](http://www.fepecs.edu.br/3325-4955).

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Fone: (61) 3107.6831, E-mail: [leticiadecimo@yahoo.com.br](mailto:leticiadecimo@yahoo.com.br).

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, compreendo o objetivo, riscos e benefícios da minha participação e firmo meu consentimento livre e esclarecido aprovando minha participação na pesquisa proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Letícia Decimo Flesch (Pesquisadora)

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais)*

Você está sendo convidado para participar da pesquisa ***Pacientes idosos e seus cuidadores familiares: estudo sobre a alta hospitalar***. Essa participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a você em sua relação com o pesquisador e com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar como a alta hospitalar é percebida por pacientes idosos e seus familiares cuidadores. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em observações diretas que envolvem o objetivo desta pesquisa. Os resultados deste estudo, após sua finalização, serão disponibilizados.

As informações obtidas por esta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF. Contatos: [www.fepecs.edu.br/3325-4955](http://www.fepecs.edu.br/3325-4955).

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processo de Desenvolvimento Humano e Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF, Fone: (61) 3107.6831, E-mail: [leticiahecimo@yahoo.com.br](mailto:leticiahecimo@yahoo.com.br).

Declaro que eu, \_\_\_\_\_, compreendo o objetivo, riscos e benefícios da minha participação e firmo meu consentimento livre e esclarecido aprovando minha participação na pesquisa proposta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Letícia Decimo Flesch (Pesquisadora)