

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVIA HELENA VALENTE

**A construção de um protocolo de Transição do Cuidado de idosos
do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é
cuidado**

RIBEIRÃO PRETO

2022

SILVIA HELENA VALENTE

**A construção de um protocolo de Transição do Cuidado de idosos
do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é
cuidado**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas
de Saúde

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Ione Carvalho Pinto

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Valente, Sílvia Helena

A construção de um protocolo de transição do cuidado de idosos do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. Ribeirão Preto, 2022.

259 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Pinto, Ione Carvalho.

1. Idoso. 2. Cuidado transicional. 3. Alta do paciente.

VALENTE, Silvia Helena

A construção de um protocolo de Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

*Dedico este estudo aos **Usuários e Trabalhadores do SUS**,
que inspiram a minha vida profissional todos os dias, na busca
pela qualidade da assistência nos serviços de saúde.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, todo poderoso, e aos meus queridos **anjos guardiões** pela oportunidade de evolução intelectual nessa reencarnação.

Aos amores da minha vida, **Ronaldo e Felipe**, por compartilharem comigo essa experiência. Foram resilientes, abrindo mão, em muitos momentos, da minha presença junto a eles.

À minha orientadora, **Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto**, pela oportunidade de desenvolvimento e aprendizado, pela paciência e pelo coração enorme. Foi o seu apoio e motivação, em tempos de Pandemia, que me fizeram manter firme a execução desta pesquisa.

Ao **Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS)**, em especial a **Fabiana Costa Machado Zacharias**, pelo trabalho em equipe e pelo compartilhamento de novos conhecimentos.

Ao **Dr. Pedro Augusto Pontin**, superintendente do Hospital Regional de Piracicaba Drª. Zilda Arns, por autorizar a realização da pesquisa.

À **Equipe Multidisciplinar da Unidade de Internação** do Hospital Regional de Piracicaba Drª. Zilda Arns, pela participação ativa na pesquisa, em especial pelo entusiasmo na discussão do tema.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, especialmente ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, pelo desenvolvimento profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001**.

E, por fim, agradeço a todos aqueles que participaram deste percurso, de maneira direta ou indireta, meus agradecimentos!

RESUMO

VALENTE, S. H. **A construção de um protocolo de Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado.** 2022. 259 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Objetivou-se desenvolver e propor o Protocolo de Transição do Cuidado (TC) do hospital para casa, direcionado aos idosos. Foram utilizados, como referencial conceitual, os princípios do *Care Transitions Intervention* (CTI). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). Participaram da pesquisa 22 idosos e 28 profissionais de saúde, de uma enfermaria clínica, em hospital público, no interior paulista, atendendo aos aspectos éticos. A coleta de dados foi realizada em cinco etapas, com técnicas de observação participante, rodas de conversa, entrevistas semiestruturadas (com idosos e profissionais da saúde) e grupos convergentes. Os dados das quatro primeiras etapas foram coletados de forma simultânea e subsidiaram a etapa cinco, com elaboração do protocolo. Para análise e interpretação dos resultados seguiu-se a recomendação da PCA, em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. No processo de apreensão, para sistematizar os dados da análise temática, utilizou-se o *software Atlas.ti Qualitative Datas Analysis*. Na síntese dos resultados, construiu-se a matriz temática, que subsidiou o processo de teorização. O agrupamento de dados similares possibilitou verificar a saturação dos elementos. No processo de teorização elaborou-se protocolo, embasado à luz da Prática Baseada em Evidências (PBE). No processo de transferência, o protocolo foi contextualizado no cenário do estudo, por meio de um plano de ação. No resultado das primeiras quatro etapas emergiram seis temas: significado de TC; problemas relacionados a medicamentos (PRM) nas TC de idosos do hospital para casa; rede de apoio familiar e TC de idosos do hospital para casa; rede de atenção à saúde e continuidade do cuidado; processo assistencial e TC de idosos do hospital para casa; ausência de protocolo de TC. Na etapa cinco, o plano de cuidado foi considerado como fio condutor para elaboração do protocolo, em que o idoso e sua família são o foco principal. O desenvolvimento do protocolo deste estudo corroborou a qualificação do processo assistencial no local em que foi realizado. Para implantação do protocolo será necessário um acompanhamento sistemático do plano de ação, pela equipe multidisciplinar e gestores da instituição. Novas pesquisas poderão ser realizadas após a sua implantação, para medir a efetividade e impacto deste protocolo nas transições de idosos do hospital para casa. Esta pesquisa foi influenciada pela Pandemia de COVID-19 e há evidências do seu impacto no contexto em que foi desenvolvida.

Palavras-Chave: Idoso. Cuidado Transicional. Alta do Paciente.

ABSTRACT

VALENTE, S.H. **Construction of a protocol for Care Transition of older adults from hospital to home from the perspective of who cares and who is cared for.** 2022. 259 f. Thesis (Doctoral degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

The objective was to develop and propose a Care Transition Protocol (CT) from hospital to home aimed at older adults. The Care Transitions Intervention (CTI) principles were used as a conceptual framework. This is a study with a qualitative approach, of the Convergent Care Research (CCR) type. We included 22 older adults and 28 health professionals from a clinical ward in a public hospital in the countryside of São Paulo, meeting ethical aspects. Data collection was carried out in five stages, using participant observation techniques, conversation circles, semi-structured interviews (with older adults and health professionals) and convergent groups. Data from the first four stages were collected simultaneously and subsidized stage five, with protocol elaboration. For analysis and interpretation of results, the CCR recommendation was followed, in four processes: gathering, synthesis, theorization and transference. In the gathering process, to systematize data from thematic analysis, Atlas.ti Qualitative Data Analysis was used. In the synthesis of results, a thematic matrix was constructed, which supported the theorizing process. Similar data cluster made it possible to verify their saturation. In the theorizing process, a protocol was elaborated, based on Evidence-Based Practice (EBP). In the transfer process, the protocol was contextualized in the study scenario through an action plan. As a result of the first four steps, six themes emerged: meaning of CT; drug-related problems (DRP) in hospital-to-home CT of older adults; family support network and CT of older adults from hospital to home; health care network and continuity of care; care process and CT of older adults from hospital to home; absence of CT protocol. In step five, the care plan was considered as guideline for elaborating the protocol, in which older adults and their family are the main actors. The study's protocol development of the protocol of this study corroborated with the qualification of the care process in the place where it was carried out. In order to implement the protocol, it will be necessary to systematically monitor the action plan by the institution's multidisciplinary team and managers. Further research may be carried out after its implementation, to measure the effectiveness and impact of this protocol in transition of older adults from hospital to home. This research was influenced by the COVID-19 pandemic and there is evidence of its impact in the context in which it was developed.

Keywords: Aged. Transitional Care. Patient Discharge.

RESUMEN

VALENTE, S.H. **La construcción de un protocolo para la Transición del Cuidado del anciano del hospital al hogar desde la perspectiva de quién cuida y quién es cuidado.** 2022. 259 f. Tesis (Doctorado) – Ribeirão Preto Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

El objetivo fue desarrollar y proponer un Protocolo de Transición de Cuidados (CT) del hospital al hogar dirigido a las personas mayores. Los principios de *Care Transitions Intervention* (CTI) se utilizaron como marco conceptual. Se trata de un estudio con abordaje cualitativo, del tipo Investigación Convergente-Asistencial (ICA). Se incluyeron 22 ancianos y 28 profesionales de la salud de una sala clínica de un hospital público del interior de São Paulo, atendiendo los aspectos éticos. La recolección de datos se realizó en cinco etapas, utilizando técnicas de observación participante, círculos de conversación, entrevistas semiestructuradas (con ancianos y profesionales de la salud) y grupos convergentes. Los datos de las cuatro primeras etapas fueron recolectados simultáneamente y subvencionado la etapa cinco, con la elaboración del protocolo. Para el análisis e interpretación de los resultados se siguió la recomendación del ICA, en cuatro procesos: aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. En el proceso de recolección, para sistematizar los datos del análisis temático, se utilizó *Atlas.ti Qualitative Data Analysis*. En la síntesis de los resultados, se construyó una matriz temática, que sustentó el proceso de teorización. La agrupación de datos similares permitió verificar su saturación. En el proceso de teorización, se elaboró un protocolo, a la luz de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). En el proceso de transferencia se contextualizó el protocolo en el ámbito de estudio a través de un plan de acción. Como resultado de los primeros cuatro pasos, surgieron seis temas: significado de la TC; problemas relacionados con medicamentos (PRM) en la TC del hospital a domicilio de personas mayores; red de apoyo familiar y TC de personas mayores del hospital al domicilio; red de atención a la salud y continuidad de la atención; proceso de atención y TC de personas mayores del hospital al domicilio; ausencia de protocolo de la TC. En el paso cinco, el plan de cuidados fue considerado como la directriz para la elaboración del protocolo, en el que el anciano y su familia son los principales actores. El desarrollo del protocolo de este estudio corroboró con la calificación del proceso de atención en el local donde fue realizado. Para la implementación del protocolo será necesario un seguimiento sistemático del plan de acción por parte del equipo multidisciplinario y directivos de la institución. Se pueden realizar más investigaciones después de su implementación, para medir la efectividad y el impacto de este protocolo en las transiciones de las personas mayores del hospital al hogar. Esta investigación estuvo influenciada por la pandemia del COVID-19 y hay evidencia de su impacto en el contexto en que se desarrolló.

Palabras clave: *Anciano. Cuidado de Transición. Alta del Paciente.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Pesquisa em Base de Dados - Scopus da Produção Científica de Coleman, E.A.....	48
Figura 2 –	Síntese das fases da Pesquisa Convergente Assistencial aplicadas na pesquisa.....	57
Figura 3 –	Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS14, respectiva Região de Saúde e Município.....	59
Figura 4 –	Síntese esquemática das etapas de coleta de dados.....	68
Figura 5 –	Síntese temática, Significado de Transição do Cuidado.....	93
Figura 6 –	Síntese temática, Problemas Relacionados a medicamentos nas TC de idosos do hospital para casa.....	101
Figura 7 –	Síntese temática, Rede de apoio familiar e a TC de idosos do hospital para casa.....	105
Figura 8 –	Síntese temática, Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado.....	114
Figura 9 –	Síntese temática, Processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa.....	131
Figura 10 –	Síntese temática, Ausência de protocolo de TC de idosos do hospital para casa.....	133
Figura 11 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, introdução e objetivo.....	138
Figura 12 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial.....	142
Figura 13 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, motivo de internação.....	143
Figura 14 –	Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar, motivo de internação.....	143
Figura 15 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, medicação de uso contínuo.....	145
Figura 16 –	Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar, medicação de uso contínuo.....	145
Figura 17 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, grau de complexidade assistencial.....	147
Figura 18 –	Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar, grau de complexidade assistencial.....	147
Figura 19 –	Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, pontuação e cores.....	149
Figura 20 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais.....	150
Figura 21 –	Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais.....	150
Figura 22 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico.....	152

Figura 23 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, planejamento de alta.....	153
Figura 24 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, formulário.....	154
Figura 25 –	Plano terapêutico, cabeçalho.....	154
Figura 26 –	Plano terapêutico, antecedentes, tratamento e condutas.....	155
Figura 27 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, visita multidisciplinar.....	157
Figura 28 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, <i>round</i> terapêutico com o paciente e/ou cuidador.....	158
Figura 29 –	Plano terapêutico, <i>round</i> Terapêutico, admissão e internação.....	161
Figura 30 –	Plano terapêutico, <i>round</i> terapêutico, preparação para alta hospitalar.....	162
Figura 31 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: acionamento da equipe multidisciplinar.....	163
Figura 32 –	Plano terapêutico, acionamento da equipe multidisciplinar.....	164
Figura 33 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: reconciliação medicamentosa.....	166
Figura 34 –	Plano terapêutico, reconciliação medicamentosa.....	166
Figura 35 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, rede de apoio social.....	167
Figura 36 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: conferência familiar.....	168
Figura 37 –	Plano terapêutico, rede de apoio familiar.....	169
Figura 38 –	Plano terapêutico, programação de alta.....	169
Figura 39 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta.....	170
Figura 40 –	Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta.....	170
Figura 41 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, relatório de alta, acesso aos exames e receita médica.....	172
Figura 42 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, agendamento de atendimento de saúde nos serviços de atenção primária à saúde.....	173
Figura 43 –	Documentos de Alta.....	174
Figura 44 –	Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, comunicação formal com os serviços de referência.....	175
Figura 45 –	Fluxograma Protocolo de TC do idoso, do hospital para casa.....	177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quatro Pilares do <i>Care Transitions Intervention</i>	45
Quadro 2 -	Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção do <i>Care Transitions Intervention</i>	49
Quadro 3 -	Matriz temática, Transição do Cuidado do idoso do hospital para casa...	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Evolução da população por grupos e idades, Departamento Regional de Saúde X.....	59
Gráfico 2 -	Óbitos por sexo e idade em 2021, Departamento Regional de Saúde X.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Adesão a medicamentos
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 11	Classificação Internacional de Doenças 11
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID-19	Coronavírus <i>disease</i> 19
CTI	<i>Care Transitions Intervention</i>
CTM	<i>Care Transitions Measure</i>
DECAF™	<i>Family Caregiver Tool</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DPOS	Doença Obstrutiva Crônica
DRS X	Departamento Regional de Saúde X - Piracicaba
EAM	Eventos Adversos a Medicamentos
EM	Equipe Multidisciplinar
FASCAMP	Fundação da Área da Saúde de Campinas
FCAT®	<i>Family Caregiver Activation in Transitions</i>
GAAPS	Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GC	Grupo de Convergência

HRP	Hospital Regional de Piracicaba Dr ^a . Zilda Arns
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
I	Idoso
LPP	Lesão por Pressão
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MeSH	Medical Subject Headings
MEWS	Escala de Alerta Precoce Modificada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Planejamento de Alta
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PATH	<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i>
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rodas de Conversas
RM	Reconciliação Medicamentosa
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SBAR	<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>

SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCM	<i>Transitional Care Model</i>
TE	Técnico de Enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	21
2. TEMÁTICA DO ESTUDO	28
2.1. Transição do Cuidado	28
2.2. Protocolo Assistencial	35
2.2.1. Prática Clínica Baseada em Evidências.....	35
2.2.2. Diretriz Clínica.....	37
2.2.3. Protocolo Assistencial.....	38
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivo Geral	41
3.2. Objetivos Específicos	41
4. REFERENCIAL CONCEITUAL	43
5. MÉTODO	55
5.1. Tipo de Estudo	55
5.2. Fase de Concepção	57
5.3. Fase de Instrumentação	58
5.3.1. Espaço físico da pesquisa.....	58
5.3.2. Participantes da pesquisa.....	62
5.3.3. Métodos e técnicas de obtenção das informações.....	63
5.4. Fase da Perscrutação	66
5.4.1.Período.....	67
5.4.2.Etapas.....	67
5.5. Fase de Análise e Interpretação dos Resultados	74
5.6. Aspectos Éticos	76
6. RESULTADOS	79
6.1. Caracterização dos participantes	79
6.1.1. Idosos.....	79
6.1.2. Profissionais de Saúde.....	86
6.2. A Transição do Cuidado do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado	87

6.3. O protocolo de Transição do Cuidado do hospital para casa: da teoria à prática.....	134
7. DISCUSSÃO.....	180
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
REFERÊNCIAS.....	202
APÊNDICES.....	223
ANEXOS.....	256

APRESENTAÇÃO

As inquietações para o desenvolvimento do presente estudo advêm da prática como enfermeira, em 22 anos de profissão, por atuar em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da assistência ao gerenciamento dos serviços de saúde e da observação crítica sobre os caminhos percorridos por idosos, na busca por atendimentos efetivos e contínuos.

A descontinuidade do cuidado, no atendimento de idosos e a falta de comunicação entre os diversos serviços de saúde, as reincidências de atendimentos de urgências, as degradantes internações hospitalares, o agravamento dos quadros clínicos e a perda da qualidade de vida, sempre causaram preocupação (VALENTE; TEIXEIRA, 2009).

Em busca de um caminho acadêmico que pudesse me ajudar a compreender melhor essa prática, em 2017, passei a integrar o Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), com o objetivo de desenvolver um projeto de pesquisa na temática da “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”.

Em paralelo ao desenvolvimento acadêmico e aprofundamento no tema da pesquisa, em 2018, fui convidada a compor uma equipe de trabalho, para implantação do Hospital Regional de Piracicaba Dr^a. Zilda Arns (HRP), referência para 26 municípios da região de Piracicaba - SP.

Aceitei este desafio profissional e, no decorrer do processo da implantação, na medida em que o perfil de pacientes internados começou a se configurar com um número elevado de idosos, emergiu a questão: por que não utilizar o espaço de um hospital, em plena implantação, para propor um Protocolo de Transição do Cuidado (TC), favorecendo a continuidade da assistência deste hospital para os demais serviços de saúde da região? Desse modo, teve origem o desafio dessa pesquisa.

A união da prática assistencial, da gestão e da pesquisa foi a grande motivação para realizar este estudo. Nesse sentido, os seus resultados são base para discussão de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais robusto, composto por uma RAS mais articulada e integrada, com vistas à qualidade e segurança nas transições entre os serviços de saúde que a compõem.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Este estudo é um desdobramento da pesquisa intitulada: “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, desenvolvido pelo GAAPS, inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”. A pesquisa integra o conjunto de estudos que compõem a atividade 1.1 (aumentar o número de atividades de pesquisa colaborativas sobre recursos humanos para a saúde e áreas prioritárias de saúde), do Termo de Referência 1 - colaborar com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas ações fortalecem a pesquisa em Enfermagem para o desenvolvimento de recursos humanos e da prática em Enfermagem nas áreas prioritárias, do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, vigente no período de 2018 a 2022.

A Transição Demográfica é um fenômeno que ocorre, em escala global, e caracteriza-se pelo aumento da expectativa de vida e queda de fecundidade. O fato resulta no decréscimo da presença de crianças na população, ao passo que o aumento da expectativa de vida, contribui para ampliar o grupo de idosos (OLIVEIRA, 2019).

Segundo relatório de 2019, da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2018 foi registrado, pela primeira vez, mais pessoas com 65 anos de idade, do que menores de cinco anos. De acordo com esse relatório, até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo será idosa, o que representa 16% da população. Nesse cenário, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais deve dobrar, no Norte da África e Ásia Ocidental, Ásia Central e no Sul, Leste e Sudeste da Ásia, América Latina e Caribe (UNITED NATIONS, 2019).

O Brasil acompanha a tendência mundial, mas o processo de envelhecimento populacional tem ocorrido de forma mais rápida e intensa, pois apresenta percentuais de idosos bem acima dos índices globais. O número de brasileiros, com 60 anos e mais, era de 2,6 milhões, em 1950, passou para 29,9 milhões, em 2020, e deve alcançar 72,4 milhões, em 2100 (OLIVEIRA, 2019; UNITED NATIONS, 2019).

No final do século XXI, o Brasil terá baixas taxas de mortalidade e natalidade, uma estrutura etária envelhecida, decrescimento populacional e o grande desafio será adicionar qualidade de vida, aos anos adicionais vividos pelas pessoas. Nesse

quadro, as políticas públicas desenvolvidas para os idosos deverão considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia e autossatisfação. Além disso, devem promover a saúde e prevenir doenças, considerando que, com o envelhecimento da população, em paralelo, patologias próprias dessa faixa etária ganham maior expressão (OLIVEIRA, 2019; UNITED NATIONS, 2019; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em idosos, vêm se destacando como um importante desafio de saúde pública, principalmente, pela alta mortalidade que causam e pelo grau de incapacidade, o que compromete hábitos de vida, bem-estar e economia do país (LEITE *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2019; SIMIELI; PADILHA; TAVARES, 2019).

São consideradas como DCNT as complicações cerebrovasculares, cardiovasculares, renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, e diabetes mellitus (DM). Observa-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos, de políticas públicas e de pessoas, em geral (MALTA *et al.*, 2019).

As DCNT são responsáveis por 63% das mortes globais e constituem a maior carga de mortalidade no mundo. Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes aos grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda. O comprometimento econômico aumenta ainda mais a pobreza dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva (MALTA *et al.*, 2019).

No Brasil, as DCNT correspondem a mais de 70% das causas de morte, sendo que cerca de dois terços dos óbitos ocorrem em pessoas com mais de 60 anos de idade. Essas doenças colaboram, em grande parcela, para as despesas com assistência hospitalar no SUS e no setor suplementar (MALTA *et al.*, 2018, 2019, 2020).

Somada às DCNT, em 2020, a Pandemia de Coronavírus *disease* 19 (COVID-19) atingiu, de forma expressiva os idosos do mundo, acarretando grande ônus para a saúde dessa população, em especial aqueles com comorbidades (APPLEGATE; OUSLANDER, 2020; COSTA *et al.*, 2020a; EMAMI *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020).

O novo coronavírus foi detectado, pela primeira vez, como causa do surto de doença respiratória, em Wuhan, na província de Hubei, na China, em dezembro de 2019. A velocidade rápida de transmissão do vírus para vários países do mundo, em

curto prazo de tempo, fez com que a OMS decretasse situação pandêmica, em 11 de março de 2020. Esse vírus foi classificado como um tipo de coronavírus pertencente ao gênero β (beta), que abrange coronavírus de humanos, morcegos e de outros animais selvagens (HUANG *et al.*, 2020; LEÃO; FERREIRA; FAUSTINO, 2020).

Os sinais e sintomas clínicos do novo coronavírus são, principalmente, respiratórios e podem causar infecção do trato respiratório inferior, como as pneumonias. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), os sintomas principais são: febre, tosse, falta de ar, dor muscular, confusão, dor de cabeça, dor de garganta, rinorreia, dor no peito, diarreia, náusea e vômito. Cerca de 80% dos pacientes se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar, porém, uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e pode desenvolver a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), lesão cardíaca aguda e infecção secundária. A letalidade entre os pacientes hospitalizados pode variar de 11% a 15% (BRASIL, 2020).

À medida que a pandemia COVID-19 avançou, discussões sobre as sequelas da doença foram intensificadas, considerando os impactos de longo prazo da infecção, com o destaque para o agravamento de patologias cardíacas, neurológicas, metabólicas e respiratórias. Além disso, foram identificadas as que incluem a saúde mental, tais como ansiedade, depressão e pós-transtorno de estresse traumático (DASGUPTA; KALHAN; KALRA, 2020; HENEKA *et al.*, 2020; SERRANO-CASTRO *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, se antes da pandemia os idosos já lidavam com doenças típicas do envelhecimento, como as DCNT, neste novo cenário adicionaram-se o risco de contaminação de uma doença infectocontagiosa, além das sequelas após o seu acometimento. A partir da paralisação dos atendimentos das condições crônicas, nos serviços de saúde, por mais de um ano, a desassistência provocada pelas restrições de acesso e medo das pessoas em buscar os serviços de saúde, pode ter aumentado a gravidade das doenças e instabilizado quadros clínicos, antes controlados e acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) (LEE, 2020; MENDES, 2020; WORLD ECONOMIC FORUM, 2020). De acordo com Mendes (2020), o choque de demanda promovido pela COVID-19 tornou invisíveis, para os sistemas de atenção à saúde, as necessidades das pessoas com condições de saúde não COVID-19.

Os gargalos de acesso aos serviços de saúde, já enfrentados anteriormente pelos idosos, podem ter se agravado durante a pandemia, tendo em vista a

sobrecarga dos serviços de saúde (SONG *et al.*, 2020). Desse modo, observaram-se as dificuldades enfrentadas por esta população, entre elas, a descontinuidade do cuidado, a falta de referência e contrarreferência, as onerosas internações hospitalares e visitas frequentes ao Pronto Atendimento, apontando para as fragilidades ao atender este público (BONFADA *et al.*, 2020; RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

No ano de 2016, o SUS realizou mais de 11 milhões de internações hospitalares, a um custo de, aproximadamente, 14 bilhões de reais. Dessas internações, 36% eram pessoas com 50 anos ou mais, o que consumiu cerca de 48,5% desses recursos. A perspectiva é de que o número de internações aumente, nos próximos anos, em decorrência do envelhecimento populacional. A magnitude dos gastos em saúde será, fortemente, influenciada pela tensão entre o envelhecimento saudável e aquele com maior carga de enfermidades e dependência. Esses dados reforçam a necessidade de que o sistema de saúde promova efetiva coordenação do cuidado, promoção da saúde e prevenção de morbidades e incapacidades (MELO-SILVA *et al.*, 2018; RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Soma-se a esta discussão, o impacto das readmissões hospitalares. No Brasil, Ricci, Araújo e Simonetti (2016), ao avaliar readmissão precoce de pacientes, em hospital público de alta complexidade em cardiologia, no ano de 2012, identificou que, em 728 pacientes admitidos e readmitidos, 349 (47,9%) foram readmitidos em até 30 dias, sendo que, a maioria, pela mesma razão clínica que motivou a primeira hospitalização.

A readmissão hospitalar quando, potencialmente, evitável poderia ter sido impedida com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta (PA), provisão de recursos em domicílio, para atender às necessidades do paciente e continuidade do cuidado na APS. As readmissões são um reflexo da potencialidade do paciente em seu autocuidado, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo (BALLARD *et al.*, 2018; FINLAYSON *et al.*, 2018; MORRISON; PALUMBO; RAMBUR, 2016; RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016; SCHAPIRA *et al.*, 2021).

Uma readmissão hospitalar não programada traz um enorme ônus ao sistema de saúde. Além do gasto em saúde, também há impacto na vida dos pacientes e de seus familiares, o que provoca problemas financeiros e perda de qualidade de vida

(BALLARD *et al.*, 2018; FINLAYSON *et al.*, 2018; MORRISON; PALUMBO; RAMBUR, 2016; RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016). Em vista disso, esforços devem ser intensificados, para um fortalecimento do trabalho em rede e implantação de ações que contemplem transições do cuidado, de forma segura, de um ponto de atenção para outro na RAS.

O tema da Transição de Cuidado contribui e complementa essa discussão, uma vez que prevê a coordenação, integração, longitudinalidade do cuidado de idosos. Trata-se de um conjunto de ações, destinadas a assegurar a continuidade da assistência de saúde nas transferências do paciente, sejam elas entre serviços na RAS, ou de um serviço de saúde para os cuidados domiciliares e autocuidado (ACOSTA *et al.*, 2018; SIQUEIRA; VILA; WEIS, 2018; WEBER *et al.*, 2017).

A TC pode ser definida como o intervalo de tempo em que inicia, com a preparação do indivíduo para alta, e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. Acha-se fundamentada em um plano abrangente de cuidados, que inclui arranjos logísticos, comunicação, educação do paciente e da família e/ou cuidadores e coordenação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços. Abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social e comunitária, gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais (BURKE *et al.*, 2013; COLEMAN; ROSEMBEK; ROMAN, 2013; NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020).

A reflexão sobre esses aspectos evidenciou a necessidade de elaborar um protocolo assistencial voltado à TC de idosos, do hospital para casa, para direcionar as atividades dos profissionais de saúde envolvidos nesta prática assistencial.

Ao utilizar protocolos assistenciais e o correto planejamento das ações de saúde, pode viabilizar o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente, norteando a organização da equipe de saúde, favorecendo a qualidade da assistência hospitalar e as transições de cuidado na RAS (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Para construir e validar protocolos é necessário definir de forma clara o foco da população a que se destina, quem será o executor das ações, qual a estratégia de revisão da literatura e análise das evidências utilizadas. Um protocolo deve também prever a validação pelos pares, estratégias de implementação e a construção dos desfechos ou resultados esperados (KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, surge a seguinte questão a ser respondida por esta pesquisa:

- *Quais os aspectos que necessitam ser contemplados e como estes compõem um protocolo de TC para idosos, do hospital para casa, com vistas a favorecer a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde?*

Esta pesquisa torna-se importante à medida que os resultados poderão fornecer elementos para subsidiar o desenvolvimento de transições do cuidado bem-sucedidas. Ao apresentar um protocolo de TC para idosos, este estudo pode contribuir para a formulação de intervenções baseadas em evidências, com foco na continuidade do cuidado de idosos na RAS.

Além disso, o conhecimento gerado por esta pesquisa poderá colaborar na elaboração de políticas de saúde que sustente uma TC de qualidade, com ênfase na redução de readmissões hospitalares evitáveis e diminuição de custos para o SUS. Vale destacar que poderá aumentar o interesse de gestores e profissionais do sistema de saúde na implementação de TC, com foco na segurança de idosos, durante o seu percurso em diferentes serviços de saúde na RAS.

O tema da TC tem se mostrado de grande relevância nas publicações de outros países, como Canadá e Estados Unidos. No entanto, no Brasil ainda há poucas pesquisas nacionais nesta vertente. Os estudos existentes apresentam como fundamentos revisões da literatura, validação e aplicação de instrumentos de medidas de transição, em diferentes populações (ACOSTA *et al.*, 2020; GHENO; WEIS, 2021; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018; WEBER *et al.*, 2017). Como visto, este estudo, ao considerar uma intervenção na prática assistencial da TC, poderá colaborar com um conhecimento científico ainda incipiente na área acadêmica, por ampliar a discussão e contribuir para um novo campo de atuação, na área da saúde e da Enfermagem, tendo como eixo principal o cuidado centrado no paciente, a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

2. TEMÁTICA DO ESTUDO

2. TEMÁTICA DO ESTUDO

2.1. Transição do Cuidado

A TC é especialmente importante para idosos com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, bem como para familiares e/ou cuidadores. Esses pacientes, geralmente, recebem cuidados em vários pontos da RAS e se movimentam com frequência em ambientes de assistência médica. Um crescente corpo de evidências sugere que eles estão mais vulneráveis a falhas nos cuidados. As transferências inadequadas têm sido associadas a eventos adversos, baixa satisfação com o cuidado e readmissões hospitalares (BAILLIE *et al.*, 2014; COLEMAN; ROSENBEK; ROMAN, 2013; HUNT-O'CONNOR; MOORE, 2021; NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020).

A TC é, frequentemente, acompanhada por alterações no estado de saúde, visto que os pacientes transferidos podem ter um novo diagnóstico, um novo tratamento ou uma mudança no seu *status* funcional, que poderá afetar sua capacidade para gerir as suas próprias condições, fora dos serviços de saúde (NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020; VEARING *et al.*, 2019).

Os problemas mais comuns, identificados na literatura, quando há falhas na TC do hospital para serviços da RAS, estão relacionados com: aumento da mortalidade e morbidade (lesão temporária ou permanente, ou incapacidade); atrasos no recebimento do tratamento adequado e apoio da comunidade; atendimentos complementares de atenção primária ou serviços de emergência; exames adicionais, duplicados ou perdidos durante o acompanhamento; readmissões evitáveis no hospital; dor, sofrimento emocional e físico; insatisfação do paciente, cuidadores, familiares e profissionais envolvidos na coordenação do cuidado (FERREIRA; BAIXINHO, 2021; NAYLOR *et al.*, 2017; NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a).

Outros fatores, além dos determinantes clínicos, que podem impactar nas transições de cuidados, estão relacionados com: o estado cognitivo, nível de atividade e *status* funcional, adequação da casa (limpeza, escadas, localização), apoio de familiares e/ou cuidadores, capacidade de obter medicamentos, cuidados de saúde, serviços sociais e disponibilidade de transporte adequado. Os pacientes de grupos

culturais diferentes podem enfrentar desafios adicionais durante as transições, devido a barreiras linguísticas e culturais. A baixa escolaridade também pode ser um agravante (NAYLOR *et al.*, 2017; NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020; SHADMI, 2013).

As transições entre serviços de saúde envolvem uma série de interfaces entre cuidados da Atenção Primária em Saúde, especializados, hospitalares e comunitários, tendo como atores principais o paciente, a família e/ou cuidadores. Dessa maneira, é imperativo que eles sejam considerados componentes centrais para quaisquer estratégias de transições de cuidados seguras e eficazes (COLEMAN; ROMAN, 2015; NAYLOR *et al.*, 2017; NAYLOR; HIRSCHMAN; McCAULEY, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a).

A estratégia para o desenvolvimento de TC bem-sucedidas compreende um plano abrangente de cuidados, realizado por profissionais de saúde treinados com a finalidade de assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde na transferência de usuários, entre os diversos serviços de saúde ou entre unidades de um mesmo serviço (COLEMAN; BOULT; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS COMMITTEE, 2003).

Quanto a isso, Naylor e Keating (2008) descrevem que o foco da TC deve ser nas necessidades, preferências e objetivos dos pacientes e familiares, de maneira que as equipes interdisciplinares devem ser guiadas por protocolos baseados em evidências. As autoras reforçam que a comunicação entre pacientes, familiares e/ou cuidadores e profissionais deve ser priorizada nas transições e, ainda enfatizam que os sistemas de informação são elementos fundamentais para melhorar a TC e para aumentar o apoio dos cuidadores e familiares.

Para Coleman *et al.* (2004), uma TC segura é sustentada por quatro pilares: autogerenciamento das medicações; utilização de registros centrados nos pacientes, incluindo lista de medicações, de problemas de saúde e de outras informações úteis; acompanhamento na atenção primária e na especializada em tempo oportuno e reconhecimento pelos pacientes de eventos que indicam piora do seu estado de saúde.

Segundo Russell *et al.* (2013), não há solução fácil para fornecer transições de cuidados de qualidade, é necessário desenvolvimento de estratégias interligadas. Para estes autores, as intervenções que podem ser benéficas incluem padronização, qualidade e pontualidade na documentação de alta; PA com critérios e protocolos

acordados na RAS; implementação prática e eficaz de reconciliação medicamentosa (RM); acompanhamento oportuno e adequado de pacientes durante a TC, incluindo telefonemas e visitas domiciliares; comunicação direta da atenção primária com serviços de emergência; definição de coordenadores de cuidados ou gestores de casos para pessoas com necessidades complexas; educação e apoio aos pacientes, familiares e/ou cuidadores.

De acordo com Burke *et al.* (2013), para que ocorra uma Transição de Cuidado de forma satisfatória, é necessário percorrer uma “ponte” composta por 10 domínios. Os domínios que a compõem dão suporte estrutural para que ocorra a transição de forma segura, sendo eles: a) plano de alta; b) comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados; c) segurança de medicamentos; d) educação do paciente; e) promoção da autonomia; f) apoio social e comunitário; g) plano avançado de cuidado; h) coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde; i) monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta e j) acompanhamento nos serviços ambulatoriais. A falta de um dos componentes enfraquece a ponte e, portanto, predispõe a lacunas no cuidado, comprometendo os resultados de saúde.

É consenso entre os autores que a alta hospitalar é um momento de grande importância para uma TC bem-sucedida (BURKE *et al.*, 2013; COLEMAN *et al.*, 2004; NAYLOR; KEATING, 2008; RUSSELL *et al.*, 2013). Após a alta hospitalar, no retorno para casa, os pacientes precisam se adaptar às novas medicações e lidar com os desafios da recuperação em domicílio, sendo comum o surgimento de diversas incertezas acerca do tratamento e da recuperação. Estudos mostram que a transição inadequada, nesse momento, traz repercussões que incluem desde erros, efeitos adversos e discrepâncias de medicação, até pouca aderência ao tratamento e baixa qualidade de vida. Além disso, há maiores riscos para readmissões em hospitais e em serviços de emergência (BUIKSTRA; STRIVENS; CLAY-WILLIAN, 2020; HUNT-O’CONNOR; MOORE, 2021; KANAAN *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, durante as TC do hospital para casa, a alta hospitalar é um momento que deve ser de grande atenção para a equipe de saúde. Muitas vezes, as orientações pós-alta são realizadas apenas na saída do paciente, de forma mecânica e apressada. São oferecidas muitas informações ao mesmo tempo, o que dificulta a compreensão do idoso, dos seus familiares e/ou cuidadores. Uma vez em domicílio, surgem as incertezas acerca da nova terapêutica, que podem acarretar problemas, como angústia, ansiedade e pouca adesão ao tratamento (BOGE, 2020; BUIKSTRA;

STRIVENS; CLAY-WILLIAN, 2020; DELATORRE *et al.*, 2013; HUNT-O'CONNOR; MOORE, 2021; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; WEBER *et al.*, 2017).

Outro agravante são as altas precoces, devido aos custos das internações hospitalares para os sistemas de saúde, as quais, pela antecipação desse processo, fazem com que o paciente e seus familiares/cuidadores assumam o cuidado, muitas vezes, sem o preparo necessário (BUIKSTRA; STRIVENS; CLAY-WILLIAN, 2020; REZAPOUR-NASRABAD, 2018).

Como estratégia para melhorar a qualidade da alta hospitalar destaca-se o Planejamento da Alta (PA). A sua finalidade é reduzir o tempo de internação, promover transferência segura, melhorar a coordenação dos serviços após a alta hospitalar, evitar readmissões não planejadas e diminuir os custos para o sistema de saúde (DELATORRE *et al.*, 2013; GONÇALVES-BRADLEY *et al.*, 2016; RODAKOWSKI *et al.*, 2017; WEISS *et al.*, 2015).

O PA deve ser realizado pela equipe multiprofissional responsável pelo cuidado, e sua implementação deve iniciar logo após o estabelecimento da terapêutica, com orientações direcionadas às necessidades de cada paciente e família, capacitação para o autocuidado e autogerenciamento no pós-alta (BURKE *et al.*, 2013).

Outra concordância quanto à TC, refere-se à comunicação entre o hospital e os diferentes serviços RAS. Diz respeito ao conteúdo a ser incluído no resumo de alta e/ou mecanismos de transferência de informação, do hospital aos serviços responsáveis pelos cuidados pós-alta, principalmente, a APS (ANDRADE; FRANCISCHETI, 2019; BENCH; CORNISH; XYRICHIS, 2016; BURKE *et al.*, 2013; RUSSELL *et al.*, 2013).

No Brasil, a proposta de implementar a RAS representa a integração e a comunicação desejada entre os serviços de saúde, tendo em vista que traz o conceito de um arranjo organizativo não hierárquico, que articula os serviços de saúde. Nessa direção, a APS é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado durante as transferências dos pacientes (MENDES, 2011).

Sobre a segurança da medicação destacam-se os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) como responsáveis pela maioria dos eventos adversos, após a alta hospitalar de idosos (BURKE *et al.*, 2013; MAGALHÃES; SANTOS; REIS, 2020; NEU *et al.*, 2020).

Os idosos estão mais vulneráveis aos PRM devido às alterações metabólicas, às condições crônicas, perdas funcionais e cognitivas, bem como aos complexos regimes terapêuticos de medicamentos, aos quais estão submetidos. Essa população, geralmente, recebe cuidados de muitos profissionais e transitam, com frequência, em diferentes serviços de saúde, tornando-se mais suscetíveis a mudanças na terapêutica medicamentosa e falhas assistenciais, nas transições de cuidado (MAGALHÃES; SANTOS; REIS, 2020; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; TROMPETER *et al.*, 2014).

Desta forma, faz-se necessário identificar e conhecer, de forma aprofundada, os PRM na transição de idosos do hospital para casa, já que os dados obtidos podem contribuir na elaboração de estratégias para modificar práticas e tomada de decisões assistenciais, para colaborar com as políticas públicas de saúde do país (MAGALHÃES; SANTOS; REIS, 2020; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; TROMPETER *et al.*, 2014).

Em uma revisão integrativa, realizada pelo GAAPS, foi identificado que a Discrepância de Medicamentos, a baixa Adesão aos Medicamentos e Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) são PRM frequentes após a alta hospitalar. A reconciliação de medicamentos foi evidenciada como estratégia coerente e eficaz, nas transições de cuidado do idoso para casa (VALENTE *et al.*, 2019).

A educação em saúde e promover a autonomia do paciente também podem ser consideradas essenciais para uma TC qualificada. Trata-se da orientação aos pacientes, familiares e/ou cuidadores, sobre o diagnóstico e os cuidados necessários para garantia da continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Nela são incluídos esclarecimentos sobre os problemas de saúde e formas para prevenir agravos, mudanças na medicação, consultas ambulatoriais e assistência, em situações inesperadas (ABOUMATAR *et al.*, 2019; BURKE *et al.*, 2013; NANCY, 2019; NAYLOR *et al.*, 2017).

A educação em saúde valoriza a construção do pensamento crítico e pode contribuir, significativamente, para transformar a realidade vivida pelos idosos e seus familiares, na medida em que são colocados no centro de ações que acolhem suas demandas. Permite criar possibilidades de conquista de autonomia, sem ser percebida como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como ampliação do entendimento sobre o processo saúde/doença, do cuidado de si e na capacidade da pessoa de lidar com suas potencialidades (ABOUMATAR *et al.*, 2019;

FALKENBERG *et al.*, 2014; HERMIDA *et al.*, 2016; LENAGHAN, 2019; NAYLOR *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, pesquisadores e gestores de saúde têm despertado o interesse pela garantia de transições seguras e eficientes, de serviços hospitalares para o domicílio. A *Joint Commission International* tem utilizado a qualidade das transições do cuidado como um dos componentes para avaliação de desempenho de hospitais, com ênfase na comunicação, durante cuidados de saúde (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010). A Acreditação Canadense – Qmentum Internacional recomenda às instituições que a TC seja uma prática organizacional obrigatória (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) da Europa, em 2016, lançou a *Integrated care models: an overview*, documento que visa fornecer clareza conceitual e consolidar modelos de atendimento integrado, por meio de cuidados coordenados e contínuos entre serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

Em relação à Prática Baseada em Evidências (PBE), desenvolvida sobre a TC ao redor do mundo, destacam-se dois programas mais citados na literatura científica, o *Care Transitions Intervention* (COLEMAN *et al.*, 2006) e o *Transitional Care Model* (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

O *Care Transitions Intervention*, é conhecido também como CTI e *Skill Transfer Model*. Trata-se de uma intervenção baseada em evidências, de baixo custo e baixa intensidade, composta por visita domiciliar e ligações telefônicas (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O *Transitional Care Model* (TCM) fornece planejamento hospitalar abrangente e acompanhamento domiciliar, para idosos de alto risco internados, cronicamente doentes. Este modelo foi testado e refinado, há mais de 20 anos, por uma equipe multidisciplinar, de pesquisadores clínicos e pesquisadores de serviços de saúde, da Universidade da Pensilvânia, USA. O modelo enfatiza a coordenação, a continuidade de cuidados e previne complicações, tendo como foco o envolvimento de pacientes e sua família e/ou cuidadores (NAYLOR; KEATING, 2008; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

O TCM é uma intervenção multidisciplinar, liderada por enfermeiros, na qual a casa do paciente é o principal local de atendimento. Esse modelo destaca a obtenção de resultados positivos a longo prazo, pois assegura que pacientes e seus cuidadores familiares tenham o conhecimento e as habilidades para reconhecer e abordar

problemas de cuidados de saúde à medida que surgem (NAYLOR *et al.*, 2017; NAYLOR; KEATING, 2008; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

O TCM está concentrado em protocolos clínicos individualizados, baseados em evidências que impedem o declínio clínico e reduzem a readmissão hospitalar. Resultados de estudos demonstram progressos significativos na segurança e saúde do paciente, na qualidade vida e satisfação com o cuidado, além de reduzir os custos gerais de saúde com a aplicação do modelo (NAYLOR *et al.*, 2017; NAYLOR; KEATING, 2008; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

Algumas Práticas Baseadas em Evidências (PBEs), focadas em aspectos específicos da TC, podem ser citadas, como por exemplo, o *Readiness for Hospital Discharge Scale* (WEISS; PIACENTINE, 2006). Voltado para a alta hospitalar, tem sido um recurso utilizado pelos serviços hospitalares para colaborar com a TC. Trata-se de um instrumento divulgado no meio acadêmico, para avaliar o preparo da alta hospitalar, desenvolvido por pesquisadores americanos e tem sido adotado em distintos contextos. Foi traduzido e validado para uso no Brasil e tem se mostrado um instrumento confiável e ferramenta importante, para estabelecer um plano de cuidados capaz de preparar para a TC (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018).

Outro exemplo é a técnica *Situation; Background; Assessment; Recommendation (SBAR)*, utilizada de forma usual para comunicação entre profissionais de saúde em caso de transferência de informações, durante transições do cuidado e recomendada pelos modelos de acreditação hospitalar. Ele é um recurso de comunicação estruturada, concebido para passar muita informação de forma sucinta e breve. *Situation* (Situação) refere-se a uma declaração concisa do problema; *Background* (Informações Básicas) requer informações breves e pertinentes relacionadas à situação; *Assessment* (Avaliação) envolve a análise e consideração das opções e *Recommendation* (Recomendação) indica a solicitação ou ação recomendada (ACCREDITATION CANADA INTERNACIONAL, 2016; INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2022).

No Brasil, a discussão sobre a TC ainda é recente, os estudos publicados são direcionados a alguns dos componentes da TC, tais como planejamento da alta e mecanismos de referência e contrarreferência. Por se tratar de movimentos iniciais, as pesquisas estão voltadas para revisão da literatura, validação de instrumentos que mensuram a TC e análise de como a transição ocorre em alguns hospitais do país

(ACOSTA *et al.*; 2020; FERRO, 2021; GHENO; WEIS, 2021; NAKAHARA-MELO *et al.*, 2021; SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018; TOMAZELA, 2021; WEBER *et al.*, 2017).

De qualquer forma, a TC está em consonância com os princípios do SUS e com a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a hierarquização da rede de serviços e integralidade da atenção (BRASIL, 2000). Também tem grande afinidade pelo modelo de implantação da RAS e com seus atributos de coordenação do cuidado e continuidade do cuidado (MENDES, 2011).

Destaca-se que a Política Nacional de Atenção Hospitalar, em consonância com a TC, traz o conceito de alta responsável como um mecanismo de transferência de cuidados. Deve ser realizada por meio da orientação dos pacientes, familiares e/ou cuidadores, quanto à continuação do tratamento, autonomia e autocuidado; articulação da continuidade do cuidado com os demais serviços de saúde da RAS, em especial a Atenção Básica e a implantação de dispositivos de desospitalização, tais como os de cuidados domiciliares (BRASIL, 2013).

2.2. Protocolo Assistencial

2.2.1. Prática Clínica Baseada em Evidências

A Prática Clínica Baseada em Evidências é definida no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), como:

Modo de fornecer assistência à saúde guiada por uma integração consciente do melhor conhecimento científico disponível com competência clínica. Esta abordagem permite avaliar criticamente os dados de pesquisa, orientações clínicas e outras fontes de informação a fim de identificar corretamente o problema clínico, aplicar a intervenção de mais alta qualidade, e reavaliar o desfecho para melhorias futuras (OPAS, 2015).

Esta metodologia surgiu a partir de um modelo denominado Medicina Baseada em Evidência (MBE) (DANSKI *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2018).

Do ponto de vista histórico, a MBE iniciou junto com o movimento de consolidação dos sistemas de saúde da Inglaterra e implantação do Sistema Nacional de Saúde. Tal sistema tem como patrono o médico escocês Archibald Cochrane, pioneiro da epidemiologia clínica, da microeconomia da saúde e da medicina centrada

na pessoa. A sua estruturação ocorreu no Canadá, nas décadas de 1980-1990, com a finalidade de promover o desenvolvimento da assistência à saúde e reforma no ensino, tendo como referência o epidemiologista e clínico norte-americano David Sackett. A partir dos anos de 1990, a MBE alcançou abrangência mundial, em especial com a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica (Inclen), apoiada por investimentos consistentes e massivos da Fundação Rockefeller e da *Cochrane Collaboration*, fundado por Iain Chalmers, em 1993 para compartilhamento de informação clínica validada cientificamente (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

Cochrane e Sackett exerceram profunda influência na formação de quadros científicos, gestores e políticos preocupados com a qualidade das intervenções médicas, em todo o mundo. Como líderes intelectuais, ambos colocaram o paciente no centro da discussão a respeito de diagnóstico, tratamento e efeitos da aplicação tecnológica na clínica, enfatizando a importância da história de vida e dos achados clínicos, na tomada de decisões e na atenção em saúde (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

Nesse tocante, a Prática Clínica Baseada em Evidências, proveniente da área da medicina, tornou-se uma abordagem multidisciplinar para tomada de decisões na prática clínica no mundo, e para todas as profissões da saúde, com vistas a identificar as lacunas de conhecimento e a melhor prática disponível. A definição clássica faz referência ao uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências atuais para tomada de decisões sobre o cuidado individual de cada paciente (FARIA; OLIVEIRA-LIMA; ALMEIDA-FILHO, 2021).

A Prática Clínica Baseada em Evidências compreende o ato de definir um problema, averiguar e avaliar de forma crítica as evidências disponíveis, a implementação destas ações, na prática, apreciar os resultados ao integrar três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e o cuidado centrado no paciente (DANSKI *et al.*, 2017; PEDROLO *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2018).

A melhor evidência é originária da pesquisa clínica, com foco no paciente e aprimoramento das medidas de diagnóstico, bem como, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Os achados das investigações clínicas substituem as condutas previamente utilizadas, por informações mais eficazes e acuradas. Nesse caso, ocorre a validação de conhecimento, por meio do reconhecimento dos profissionais sobre a necessidade diária de análises válidas para

o diagnóstico, prognóstico, intervenções e prevenção (DANSKI *et al.*, 2017; PEDROLO *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2018).

A habilidade clínica é a capacidade de utilizar conhecimentos clínicos e as experiências prévias, na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas (DANSKI *et al.*, 2017; PEDROLO *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2018).

O cuidado centrado no paciente sugere que seus valores, expectativas e preocupações sejam considerados no cuidado e cabe ao profissional integrá-los às decisões clínicas, quando forem úteis. Os princípios que orientam esta prática são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado (DANSKI *et al.*, 2017; PEDROLO *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2018).

2.2.2. Diretriz Clínica

De acordo com o DeCS e o MeSH, as diretrizes clínicas, tradução do termo em inglês *Practice Guidelines*, podem ser definidas como recomendações desenvolvidas de forma sistemática. O objetivo dessas diretrizes é auxiliar profissionais e pacientes na tomada de decisão, quanto à alternativa mais adequada para o cuidado de sua saúde, em circunstâncias clínicas específicas (OPAS, 2015).

Tais recomendações foram desenvolvidas com o objetivo de sintetizar as evidências científicas referentes à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por sistematizar o conhecimento científico em uma determinada doença e propor recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes. Desta forma, devem ser atualizadas frequentemente (FIELD; LOHR, 1990).

As diretrizes clínicas contemplam indicações e contraindicações, bem como os benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde (procedimentos, testes diagnósticos, medicamentos etc.) para grupos de pacientes definidos (FIELD; LOHR, 1990).

2.2.3. Protocolo Assistencial

Os protocolos assistenciais são ajustes das recomendações e esclarecimentos sobre as diretrizes clínicas para os serviços de saúde. Definem fluxos de atendimento e algoritmos voltados para qualidade do cuidado, adaptados à realidade de cada instituição de saúde. Dessa forma, garantem que as PBE sejam aplicadas na prática clínica e o paciente seja beneficiado com a melhor recomendação da evidência científica (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Estes documentos adaptam as Prática Clínica Baseada em Evidências de acordo com o perfil epidemiológico da população local e com os recursos disponíveis, sustentam o custo-efetividade e autossustentabilidade das instituições de saúde, frente à incorporação de novas tecnologias (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Enquanto as diretrizes clínicas são documentos mais robustos e contemplam as várias possibilidades dentro de uma doença, desde a prevenção, tratamento e acompanhamento; os protocolos são documentos mais objetivos, concisos que, realmente sintetizam as recomendações para a realidade vigente e auxiliam os profissionais na tomada de decisão de forma rápida e precisa (ENGLE *et al.*, 2021; FIELD; LOHR, 1990; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares e visam ao atendimento integral. Neste sentido, eles refletem o trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Nessa esfera, podem ser considerados instrumentos importantes para resolução de diferentes problemas, tanto na assistência, como na gestão de serviços. Dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integram na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema e condição de saúde determinada (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

As vantagens para o uso de protocolos assistenciais estão relacionadas à segurança dos usuários e profissionais envolvidos na assistência e redução da variabilidade de ações de cuidado. Mais do que isso, resultam no aprimoramento da

qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Os protocolos reúnem um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar, oficialmente, os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Descrevem uma situação específica de assistência, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduzem os profissionais nas decisões de assistência para prevenir, recuperar ou reabilitar a saúde. Podem prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, intervenções emocionais, sociais e farmacológicas (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Os Protocolos devem ter boa qualidade formal, de fácil leitura, confiáveis, com conteúdo baseado em evidências científicas, utilizados de forma correta e comprovadamente efetivos. Tudo isso implica em rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação, além de seguimento por meio de indicadores de processo e resultado (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com Pimenta (2017), os principais critérios para a avaliação e construção de protocolos de assistência são: a) identificação do serviço de origem; b) definição do objetivo do protocolo; c) estabelecimento do grupo de desenvolvimento; d) sinalização de conflito de interesse; e) coerência com as evidências científicas, f) revisão do conteúdo por revisor externo ao grupo elaborador; g) representação esquemática do protocolo (Fluxograma); h) apresentação de indicador de resultado; validação pelos profissionais; i) validação pelo usuário e; j) apresentação de limitações.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Desenvolver e propor Protocolo de Transição do Cuidado, do hospital para casa direcionado aos pacientes idosos.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar as percepções dos idosos acerca da TC do hospital para casa;
- Analisar as percepções dos profissionais da equipe multiprofissional sobre os aspectos necessários, para compor um protocolo de TC de idosos, do hospital para casa;
- Propor Protocolo de TC para idosos, do hospital para casa.

4.REFERENCIAL CONCEITUAL

4. REFERENCIAL CONCEITUAL

O referencial conceitual que sustenta este estudo tem sua base amparada nos princípios do Care Transitions Intervention (CTI), programa desenvolvido e publicado por Eric A. Coleman, no ano de 2006 (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Coleman é médico geriatra e, atualmente, é professor da Universidade do Colorado, USA. Ao longo da vida acadêmica tem se dedicado a pesquisas relacionadas a transições de cuidados. Coleman foi premiado, em 2012, pelo *MacArthur Fellows Program*, conhecido comumente, como *Genius Grant*, pela extraordinária originalidade e dedicação em suas atividades criativas e a capacidade marcante de autodireção (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O CTI foi desenvolvido, testado e disseminado em mais de 750 organizações de saúde, em 40 estados dos Estados Unidos. O CTI tem demonstrado bons resultados. Pacientes com alta hospitalar, incluídos no programa, tiveram de forma significativa menor chance de serem readmitidos no hospital e apresentaram maior probabilidade de atingir seus objetivos de gerenciamento de sintomas e recuperação (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O CTI foi desenvolvido para dar suporte aos desafios vividos por idosos vulneráveis e para sistemas de saúde, em geral, no que diz respeito às transições nos cuidados agudos e pós-agudos. A missão deste programa é melhorar a qualidade e a segurança nos momentos de transição ou transferências de cuidados entre diferentes serviços de saúde para indivíduos com necessidades complexas de cuidado (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Pessoas com necessidades complexas de cuidado, muitas vezes, recebem assistência em diferentes ambientes de cuidados de saúde e são vulneráveis a sérios prejuízos na qualidade da saúde. Dessa forma, ao contrário do gerenciamento tradicional de casos e abordagens de gestão de doenças, o CTI é enquadrado em uma orientação explícita sobre transferência de habilidades e autogestão (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O programa constrói a capacidade de atendimento aos pacientes, familiares e/ou cuidadores, para que se tornem mais proficientes na gestão do autocuidado e

para garantir transições bem-sucedidas. Por intermédio do CTI, os pacientes estão preparados para responder e antecipar cenários de TC (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Durante um programa de quatro semanas, os pacientes com necessidades complexas de cuidado, familiares e/ou cuidadores recebem ferramentas específicas e trabalham com um *transition coach*, para aprender habilidades de autogerenciamento (COLEMAN *et al.*, 2006; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O *transition coach* é o enfermeiro treinado para encorajar os pacientes a adquirir habilidades de autogerenciamento, necessárias durante a transição. Os profissionais da área buscam a comunicação com os profissionais da atenção primária, com os quais os pacientes têm vínculo (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

A intervenção da CTI concentra-se em quatro áreas conceituais, chamadas de Pilares, a seguir:

- Entendimento sobre medicação: o paciente tem conhecimento sobre medicações e possui um sistema de gerenciamento de medicação;
- Uso de um registro dinâmico centrado no paciente: o paciente compreende e utiliza o registro pessoal de saúde para facilitar a comunicação e garantir a continuidade do plano de cuidados entre serviços de saúde e suas configurações.
- Acompanhamento da Atenção Primária e Especialista: o paciente tem consulta de acompanhamento com o médico da atenção primária ou médico especialista e tem o poder de ser um participante ativo nessas interações;
- Conhecimento sobre os sinais de alerta: o paciente está bem-informado sobre as indicações de que sua condição está piorando e como agir nessas situações (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

No quadro 1, são apresentados os quatro pilares e as ações desenvolvidas em cada etapa do processo do CTI.

Quadro 1 - Quatro Pilares do *Care Transitions Intervention*

<i>Pilar</i>	Entendimento sobre medicação	Registro Dinâmico Centrado no Paciente	Acompanhamento	Sinais de Alerta
Objetivo	O paciente tem conhecimento sobre medicações	O paciente compreende e gerencia seu registro pessoal de saúde (cartão de saúde)	O paciente tem agendamentos de consulta de acompanhamento com Especialista /Atenção Primária	O paciente está bem-informado sobre as indicações de que a sua condição clínica está piorando e como agir
Visita hospitalar	Discutir a importância de conhecer medicamentos	Explicar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde)	Recomendar visita de acompanhamento na Atenção Primária	Discutir sintomas e reações a medicamentos
Visita domiciliar	Reconciliar as listas de medicamentos pré e pós-hospitalização Identificar e corrigir quaisquer discrepâncias	Revisar e atualizar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde) Revisar o resumo de alta; Incentivar o paciente a compartilhar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde) com Atenção Primária e/ou Especialista	Enfatizar a importância da visita de acompanhamento Perguntas práticas e de interpretação de papéis para Atenção Primária	Discutir sintomas e efeitos colaterais de medicamentos
Telefonemas de Acompanhamento	Responder qualquer pergunta restante sobre medicação	Discutir o resultado da visita com o Atenção Primária ou Especialista	Fornecer orientação jurídica na obtenção de representante legal, se necessário	Reforçar quando a Atenção Primária deve ser acionada

Fonte: adaptado de *The Care Transition Program* (2022).

Para complementar o CTI, Coleman e seus colaboradores desenvolveram o *Care Transitions Measure* (CTM), um instrumento específico para medir a TC, em reconhecimento à falta de instrumentos válidos e confiáveis para esse propósito. Desse modo, o CTM foi elaborado com o objetivo de apreender a experiência dos usuários na TC e de, rigorosamente, avaliar a sua qualidade, sendo útil para medição de desempenho de serviços, sistemas de saúde e divulgação pública (ACOSTA, 2016; COLEMAN *et al.*, 2002).

O instrumento foi desenvolvido a partir de grupos focais com idosos, familiares e/ou cuidadores com alta hospitalar recente, permitindo a análise de experiências nas

transições, na perspectiva dos pacientes e não dos profissionais e serviços de saúde (ACOSTA, 2016; COLEMAN *et al.*, 2002).

O CTM contém duas versões, uma completa com 15 itens (CTM 15) e outra resumida com três itens (CTM 3). O CTM 15 apresenta quatro domínios, considerados essenciais, para mensurar a TC: transferência de informação; preparação do paciente e do cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências (COLEMAN *et al.*, 2002; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). Já o CTM 3 apresenta três eixos principais considerados importantes para o cuidado pós alta: a compreensão do papel do autocuidado no cenário pós-hospitalar, a administração de medicamentos e as preferências incorporadas no plano de cuidado (PARRY *et al.*, 2008). As duas versões contêm uma escala Likert com cinco opções de respostas que, variam desde “concordo muito” a “discordo muito”, com uma alternativa neutra. Quanto maior a pontuação, melhor será avaliada a transição (COLEMAN *et al.*, 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

O CTM 15 conta com versões em diferentes idiomas, no Brasil a validação do instrumento foi realizada pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GESC) (ACOSTA, 2016). O CTM tem sido utilizado como indicador de qualidade de serviços de saúde, foi adotado pela OMS como um dos indicadores do *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH), programa que avalia o desempenho de hospitais europeus e a qualidade dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Além do CTM, o CTI utiliza outras ferramentas e recursos para auxiliar os profissionais, pacientes e familiares e/ou cuidadores a realizarem transições de qualidades e seguras, sendo eles: lista de verificação de alta; *Family Caregiver Tool* (DECAF™); *Family Caregiver Activation in Transitions*® (FCAT®) (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

A lista de verificação de alta consiste em um formulário, no qual o paciente registra os principais dados sobre seu estado de saúde, medicação em uso, sinais de alerta e alergias, entre outras informações. O paciente, familiar e/ou cuidador são encorajados a manter o documento atualizado, para que colaborem ativamente nas transferências de cuidados, em diferentes serviços e profissionais de saúde (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

A ferramenta DECAF™ preconiza uma abordagem padronizada para definir o tipo e intensidade dos papéis dos cuidadores familiares no planejamento de cuidados.

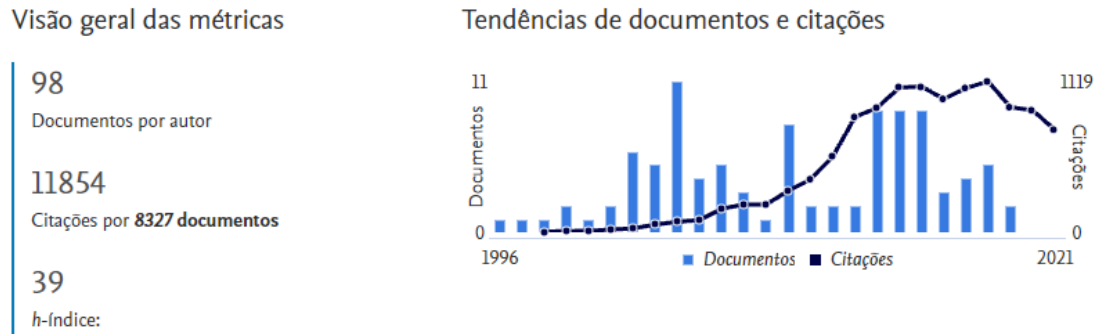
Durante as transições de cuidados, os familiares e/ou cuidadores fazem contribuições importantes para garantir a qualidade, segurança, e adesão às preferências do paciente e seus papéis precisam ser formalmente reconhecidos. Este modelo é definido por cada letra da sigla e representa contribuição diferente feita por um cuidador familiar, sendo D = Provisão de Cuidados Diretos, E = Suporte emocional, C = Coordenação de Cuidado, A = Responsabilidade Legal e F = financeiro. Cada categoria é pontuada de 0 (não contribuição) a 3 (contribuição significativa), sendo que a somatória varia de 0 a 15 (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

A FCAT® foi desenvolvida para promover interações mais produtivas entre profissionais de saúde e cuidadores familiares. Por ter sido desenvolvido com a contribuição direta dos familiares e/ou cuidadores, os itens são relevantes para a experiência real e são relativamente fáceis de entender. Deve ser administrada por um profissional de saúde ou autoadministrada pelo familiar e/ou cuidador, no momento da TC ou logo após. As questões em que o familiar e/ou cuidador identificar falta de preparo, são novamente abordadas durante a preparação de alta (COLEMAN *et al.*, 2015; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2022).

Para dar suporte ao referencial conceitual, foi realizada uma revisão da literatura na temática CTI, a fim de conhecer a sua construção teórica. A base de dados utilizada foi o *Scopus*, utilizando-se o nome do autor da CTI (Coleman, Eric A). A *Scopus* é uma base de dados multidisciplinar, produzida pela editora Elsevier, desde 2004, com cobertura a partir de 1960, com mais de 22.000 títulos de mais de 5.000 editores internacionais. A base possibilita verificar os artigos mais citados e o Índice H.

Foram identificadas, nesta base, 98 publicações, 8.327 citações e h-índice de 39 com o nome do autor, conforme apresentado na Figura 1, a seguir:

Figura 1 – Pesquisa em Base de Dados - *Scopus* da Produção Científica de Coleman, E. A.



Fonte: *Scopus* (2022).

No Quadro 2 são apresentados os principais estudos relacionados à construção do CTI e que compõe base de evidências para o referencial conceitual desta pesquisa, na construção do protocolo.

Quadro 2 – Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção *Care Transitions Intervention*

(continua)

Autores/ Título	Ano	Delineament o/ Número de pacientes	Intervenções	Desfechos
<p>COLEMAN <i>et al.</i> <i>Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits.</i></p>	2001	<p>Estudo Randomizado n=295</p>	<p>Encontros mensais, em grupo, com 8 a 12 pacientes, um médico da atenção primária, enfermeiro e farmacêutico, realizado em 19 consultórios médicos. Os encontros enfatizavam o autogerenciamento de doenças crônicas, o apoio e o contato regular com a equipe de atenção primária.</p>	<p>Os pacientes do grupo de intervenção participaram de 10,6 encontros durante o período de estudo, de 2 anos. Esses pacientes tiveram menos visitas ao departamento de emergência e foram menos propensos a fazer consulta no departamento de emergência do que os controles.</p>
<p>COLEMAN <i>et al.</i> <i>Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions.</i></p>	2002	<p>Grupos Focais n=49</p>	<p>Foram realizados seis grupos focais com idosos e cuidadores (n = 49) e testes psicotécnicos com população diferente (n = 60) para validação do CTM.</p>	<p>Pacientes idosos consideraram a medida altamente relevante e abrangente (ou seja, validade de conteúdo). A validade de construto foi avaliada comparando itens do CTM com itens selecionados de uma medida desenvolvida por Hendriks e colegas (<i>Medical Care</i>, 2001; 39 (3): 270-283).</p>
<p>COLEMAN; BOULT; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS COMMITTEE. <i>Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs.</i></p>	2003	<p>Artigo Especial</p>	<p>Descrição do conceito e recomendações sobre TC.</p>	<p>São descritos cinco eixos principais a serem considerados para o desenvolvimento do tema da TC. 1. Preparação dos pacientes e cuidadores para receberem cuidados no próximo serviço de saúde e envolvimento de forma ativa nas decisões clínicas. 2. Comunicação bidirecional entre os profissionais de saúde. 3. Políticas que promovam cuidados de transição de alta qualidade. 4. Educação em cuidados de transição deve ser fornecida a todos os profissionais de saúde. 5. Desenvolvimento de Pesquisas para melhorar o processo de cuidados transicionais.</p>

Quadro 2 – Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção *Care Transitions Intervention*

(continuação)

Autores/ Título	Ano	Delimitação/ Número de pacientes	Intervenções	Desfechos
<p>COLEMAN <i>Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs.</i></p>	2003	Artigo Especial	Definição de TC e discussão sobre o tema.	Discute a natureza do problema relacionado à TC, sua prevalência, as manifestações de transições mal executadas e as possíveis barreiras. São apresentados os elementos necessários para transições efetivas, seguidos por novas direções promissoras para melhoria da qualidade no nível do sistema de transferência de cuidado, tecnologia da informação e política nacional de saúde. O artigo conclui com uma proposta de agenda de pesquisa destinada a promover a ciência do cuidado transicional de alta qualidade.
<p>COLEMAN <i>et al.</i> <i>Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention.</i></p>	2004	<p>Pesquisa quase-experimental n = 158 intervenção n = 1.235 controle</p>	<p>Os sujeitos de intervenção receberam ferramentas e apoio para participar mais ativamente da transição do hospital para casa. Em resumo, a intervenção compreendeu quatro áreas conceituais, chamadas de pilares: autogestão de medicamentos; registro centrado no paciente; acompanhamento da atenção primária e especializada e conhecimento de sinais de alerta ou sinais indicativos de uma condição de agravamento. Também contou com um formulário intitulado: <i>The personal health record</i> (registro pessoal de saúde), documento do paciente que consiste em dados para facilitar encontros produtivos entre pacientes e profissionais entre as transições.</p>	<p>Os indivíduos hospitalizados que receberam a intervenção tiveram aproximadamente metade da probabilidade de regressar ao hospital. Como evidenciado pelas taxas de hospitalização comparativas em 30, 90 e 180 dias, houve um efeito de intervenção sustentado ao longo do tempo, muito além dos 24 dias de contato com o coach de transição. Pacientes com intervenção relataram altos níveis de confiança na obtenção de informações essenciais para o manejo de sua condição, comunicando-se com os membros da equipe de saúde e entendendo seu regime de medicação.</p>

Quadro 2 – Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção *Care Transitions Intervention*

(continuação)

Autores/ Título	Ano	Delimitação/ Número de pacientes	Intervenções	Desfechos
COLEMAN; MAHONEY; PARRY. <i>Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective.</i>	2005	Transversal e validade de construto n=201	Validação do CTM, um instrumento com 15 itens para medir a qualidade da TC.	Foi encontrada uma alta consistência interna, confiabilidade do instrumento, considerando os quatro domínios propostos no CTM 15, sendo eles: transferência de informação, preparação para outras configurações de cuidado, apoio à autogestão e encorajamento para afirmar as preferências.
COLEMAN <i>et al.</i> <i>The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial.</i>	2006	Randomizado n=750	Pacientes de intervenção receberam (1) ferramentas para promover a comunicação (2) encorajamento para assumir um papel mais ativo em seus cuidados e afirmar suas preferências, e (3) continuidade entre os ambientes e orientação de um "coach de transição". As taxas de reinternação foram medidas aos 30, 90 e 180 dias.	Pacientes de intervenção tiveram menores taxas de reinternação aos 30 dias e aos 90 dias. Pacientes de intervenção tiveram menores taxas de reinternação para a mesma condição, aos 90 dias e aos 180 dias. Os custos hospitalares médios foram menores para os pacientes de intervenção (US \$2.058) <i>versus</i> os controles (US \$2.546) aos 180 dias.
COLEMAN; ROSENBEK; ROMAN <i>Disseminating Evidence- Based Care into Practice</i>	2013	Artigo Especial	Disseminação das Práticas Baseadas em Evidências relacionadas ao CTI.	Desenvolvimento da discussão em cinco eixos, sendo eles: a vulnerabilidade do paciente nas TC; descrição do CTI; adoção ampla de intervenções nas TC; cuidados baseados em evidências; manutenção da integridade durante a TC.

Quadro 2 – Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção *Care Transitions Intervention*

(continuação)

Autores/ Título	Ano	Delineamento/ Número de pacientes	Intervenções	Desfechos
COLEMAN; ROMAN <i>Family caregivers' experiences during transitions out of hospital.</i>	2015	Grupo focal n=32	Explora as facilitadoras e desafios dos cuidados familiares ao assumirem cuidados pós-alta e completar tarefas complexas de cuidado.	Cinco temas centrais emergiram da análise: (1) Tema 1: Papéis de cuidadores familiares e contribuições para o cuidado (Prontidão, disposição e capacidade são muitas vezes dinâmicas e não reconhecidas); (2) cuidado familiar tem objetivos únicos e potencialmente diferentes do paciente; (3) os cuidadores familiares sentem-se despreparados para gerenciamento de medicação pós-alta; (4) cuidadores familiares precisam de encorajamento para afirmar uma identidade; (5) cuidadores familiares frequentemente assumem a responsabilidade pós-hospital.
COLEMAN <i>et al.</i> <i>Enhancing the Care Transitions Intervention Protocol to Better Address the Needs of Family Caregivers.</i>	2015	Coorte prospectiva n = 83	Aprimoramento do CTI para torná-lo mais ágil às necessidades dos cuidadores familiares e uso do <i>Family Caregiver Activation</i> pelo Coach de transição.	O uso do CTI aprimorado apresentou evolução significativa na ativação, qualidade, realização de metas, satisfação, e segurança de medicação nas transições do cuidado e pode ter aplicação prática para melhorar a experiência pós-alta hospitalar.

Quadro 2 – Principais estudos publicados por Eric Coleman e colaboradores relacionados com a construção *Care Transitions Intervention*

(conclusão)

Autores/ Título	Ano/País	Delineamento/ Número de pacientes	Intervenções	Desfechos
COLEMAN; MIN <i>Patients' and family caregivers' goals for care during transitions out of the hospital.</i>	2015	Exploratório prospectivo n=83	Contribuições para melhorar as estratégias e promover o engajamento de idosos e seus familiares e/ou cuidadores nas transições do cuidado, identificando os objetivos dos pacientes, bem como os objetivos dos cuidadores familiares pós-alta hospitalar.	As descobertas dos autores apoiam a posição de que conhecer os objetivos do paciente e do cuidador familiar e promover um objetivo pode representar um passo importante para promover maior envolvimento do paciente e família na TC.
COLEMAN; GROUND; MAUL <i>The Family Caregiver Activation in Transitions (FCAT®): tool: a new measure of family caregiver self-efficacy.</i>	2015	Validação	Desenvolvimento e realização de testes psicométricos da ferramenta FCAT® para validação.	Os participantes recomendaram a revisão do roteiro, reduzindo a redundância e simplificando a estrutura e linguagem.

Fonte: elaborado pela autora.

5. MÉTODO

5. MÉTODO

5.1. Tipo de Estudo

Na busca pelo método mais adequado para atingir os objetivos deste estudo, a opção foi pela abordagem qualitativa. O interesse por este tipo de pesquisa ocorre quando o pesquisador investiga um determinado problema e verifica como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. Envolve uma abordagem interpretativa do mundo, no qual ocorre o estudo do fenômeno em seu cenário natural, o significado atribuído a ele pelas pessoas, assim como, a sua descrição detalhada e os elementos que o envolve (DESLANDES; ASSIS, 2002; DESLANDES; GOMES, 2004; MINAYO, 2014).

O objetivo fundamental da abordagem qualitativa não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo; está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas realizadas em profundidade e análises qualitativas articulada a consciência dos atores envolvidos no fenômeno (DESLANDES; ASSIS, 2002; DESLANDES; GOMES, 2004; MINAYO, 2014).

Nessa perspectiva da abordagem qualitativa, a opção foi pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a qual se caracteriza essencialmente pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento. Essa abordagem metodológica contribui para responder os objetivos do estudo, pelo fato da pesquisadora atuar no hospital que será local do estudo, nele colaborar para responder às inquietações relacionadas a TC de idosos do hospital para casa e cooperar para transformação da prática do cuidado em saúde (PIVOTO *et al.*, 2013; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, 2017).

A PCA, proposta por Paim, Trentini e Silva, foi publicada pela primeira vez, em 1999, e originou-se da experiência das autoras nas orientações de estudos, que buscavam articulação explícita entre pesquisa e cuidado. Desde sua proposição, a PCA tem sido utilizada em diferentes cenários e com diferentes sujeitos, mas sempre vinculada diretamente ao contexto das práticas profissionais. Essa proposta metodológica vem sendo usada de modo crescente, por várias enfermeiras em seus

projetos de pesquisa (PIVOTO *et al.*, 2013; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, 2017).

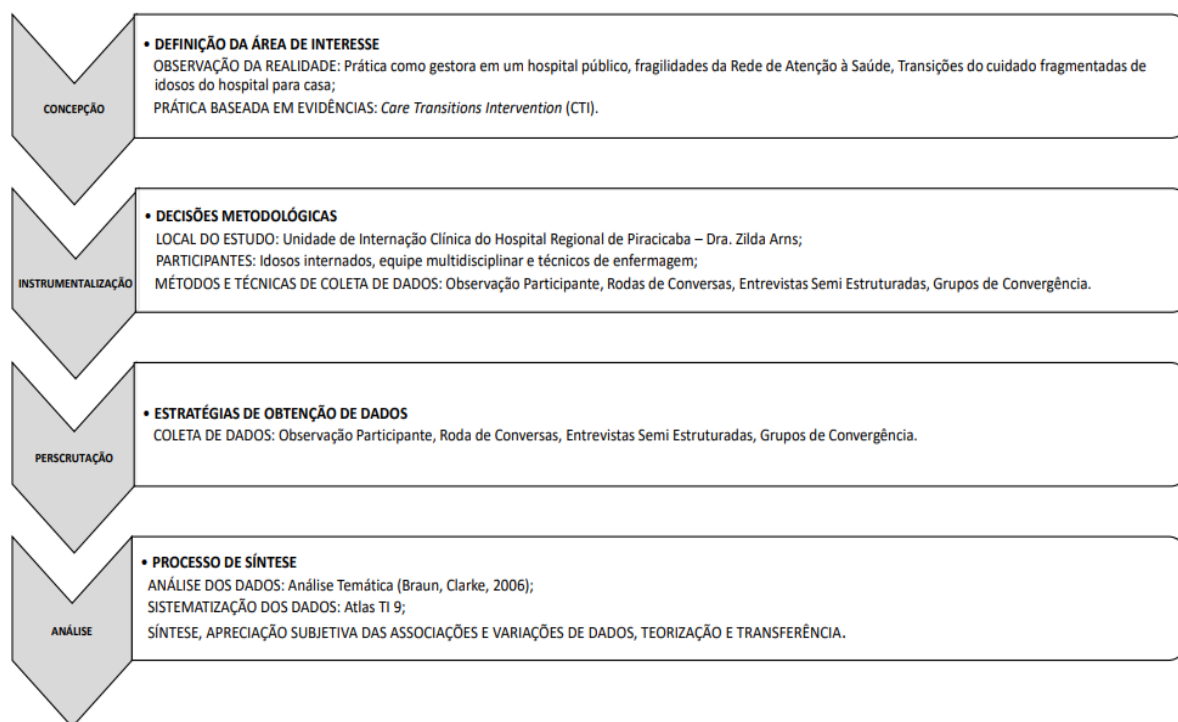
A PCA propõe a produção de conhecimentos, que se formulem teorias e investiguem os fenômenos emergentes da assistência, no contexto em que ela acontece. Dessa forma, provoca transformações no cotidiano daqueles que a vivenciam, requerendo a construção coletiva de um eixo teórico, baseado em evidências científicas, capaz de modificar a realidade observada. Para esse fim, é preciso que o pesquisador realize ações de investigação científica e assistencial (PIVOTO *et al.*, 2013; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, 2017).

Os sujeitos são aqueles envolvidos no contexto, tanto da pesquisa quanto da prática assistencial. Nesse tipo de pesquisa ocorre a valorização da representatividade dos participantes, que contribuem de forma ativa, com sugestões, críticas, além de validar os resultados. A coleta e análise dos dados devem ser concomitantes à prática; não são estipuladas técnicas específicas e pode reunir diferentes métodos, desde que as informações obtidas na prática assistencial sejam reconhecidas como dados da pesquisa (PIVOTO *et al.*, 2013; ROCHA; PRADO; SILVA, 2012; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA emerge da assistência e valoriza o “saber pensar” e o “saber fazer”, sendo assim, ao propor intervenção na prática assistencial, permite executá-la no momento da coleta de dados. A estrutura do processo de investigação constitui-se em quatro fases: a) concepção, b) instrumentação, c) perscrutação e, d) interpretação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As fases previstas pela PCA e a síntese de cada etapa percorrida neste estudo são apresentadas na figura 2.

Figura 2 – Síntese das fases da Pesquisa Convergente Assistencial aplicadas na pesquisa



Fonte: elaborado pela autora.

5.2. Fase de Concepção

Na fase de **concepção**, pela via da observação da prática assistencial, ocorre a definição da área de interesse para desenvolvimento da pesquisa, a qual foi descrita nos dois primeiros capítulos deste estudo (Apresentação e Introdução). A partir da definição da área de interesse, foram seguidas as recomendações da PCA, por meio da auto - indagação, utilizando-se as seguintes questões: “*O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas identificados? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?*” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nessa fase, foi possível identificar, de forma mais clara, a lacuna na prática assistencial, a qual foi transformada em problema de pesquisa. Após o delineamento do problema de pesquisa, seguiu-se com a formulação da questão norteadora, dos objetivos e da sustentação teórica do estudo.

5.3. Fase de Instrumentalização

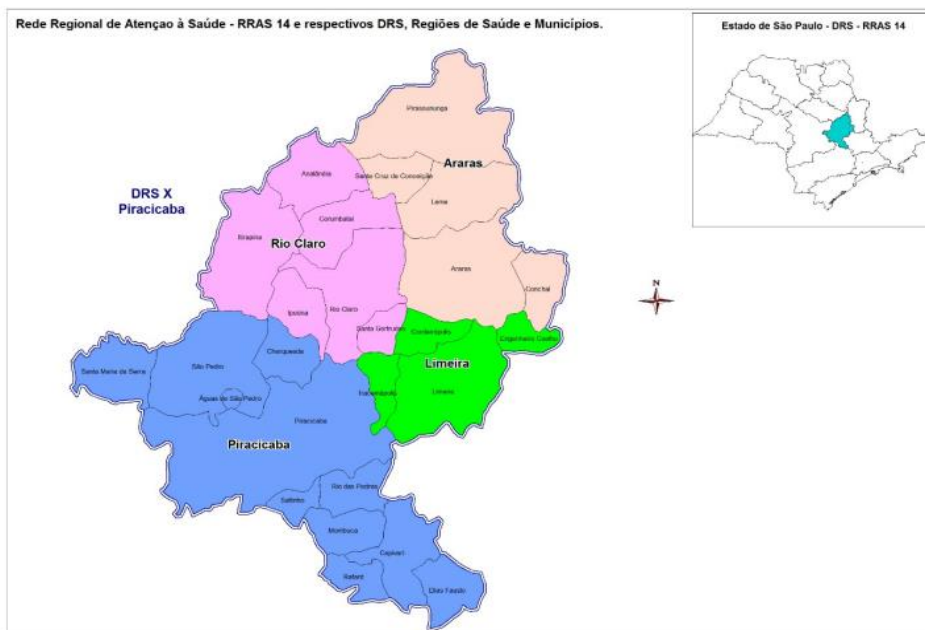
Na fase de **instrumentação**, são adotadas as decisões metodológicas referentes ao espaço de pesquisa, participantes, métodos de coleta e análise dos dados, conforme descrito a seguir.

5.3.1. Espaço Físico da Pesquisa

A PCA estabelece, enquanto espaço físico para o desenvolvimento da pesquisa, o local em que acontecem as relações sociais que subsidiam o seu escopo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Isso posto, o estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Clínica do Hospital Regional de Piracicaba (HRP).

Este hospital é sediado no município de Piracicaba – estado de São Paulo, considerado referência para atendimento da população residente na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba (DRS X), das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) 14. A região possui uma extensão de 8.548,47km² quilômetros quadrados (km²), compreende 26 municípios, com densidade demográfica média de 174 habitantes por km² e 96,2% de urbanização. De acordo com o Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), a região compreende 526.197 domicílios particulares ocupados e 2,93 habitantes por domicílio. O mapa da Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 14, com a respectiva Região de Saúde e Municípios é apresentado na figura 3 (SÃO PAULO, 2022).

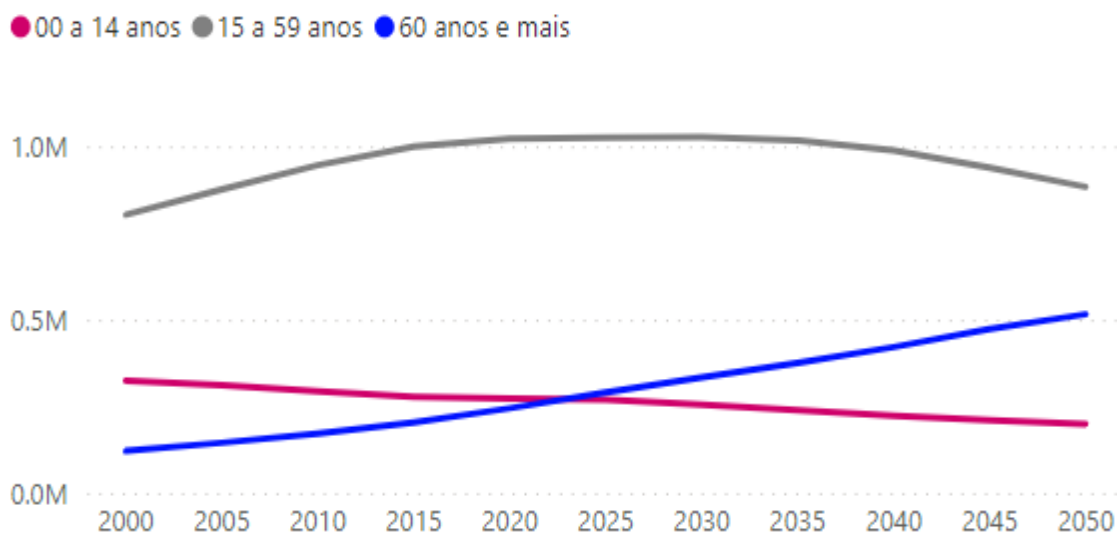
Figura 3 - Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 14, respectiva Região de Saúde e Município



Fonte: Ibge (2010).

Conforme apontado pela Fundação SEADE, no ano de 2020, a população da DRS X, era de 1.539.600, sendo 50,7% do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. Em relação ao número de pessoas com 60 anos ou mais, eram 244.681, o que representa 16% da população total. A projeção para 2050 é que os idosos cheguem a 515.643, e passem a representar 32,27% da população nesta região, conforme apresentado no gráfico 1 (SÃO PAULO, 2022).

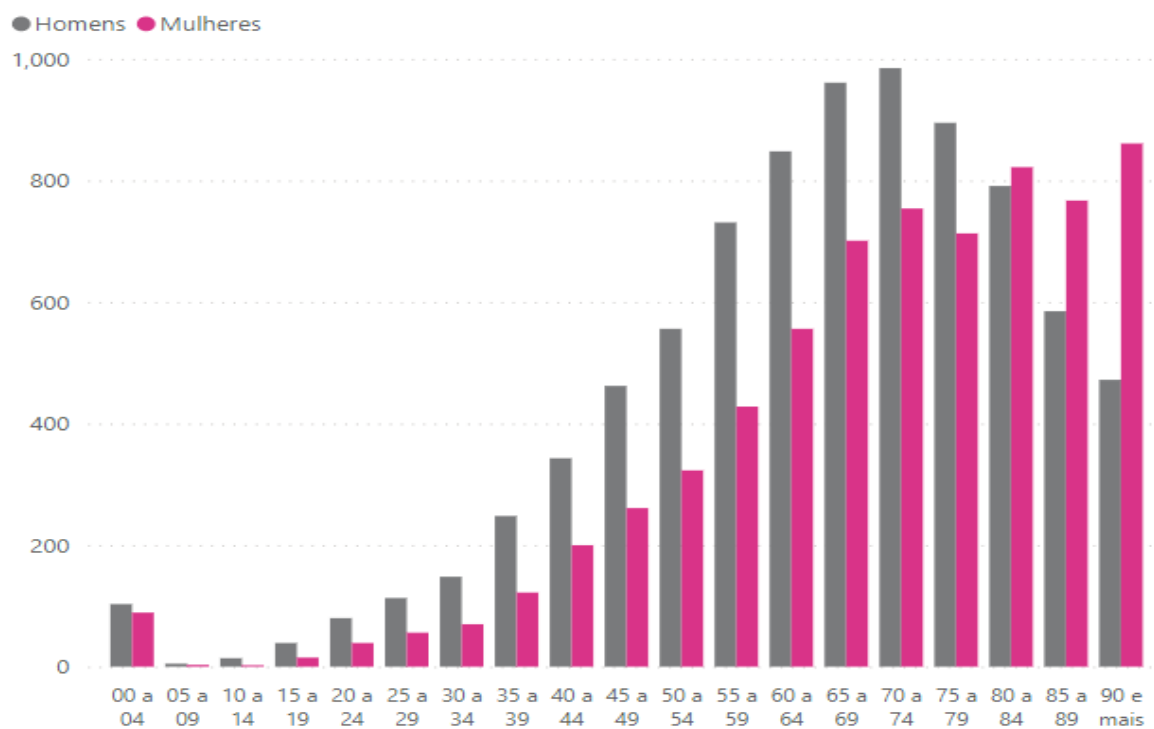
Gráfico 1 – Evolução da população por grupos de idades, DRS X



Fonte: São Paulo (2022).

O número de óbitos registrados no ano de 2021, na região que compreende a DRS X, foi de 1.548.612 mortes, sendo que a população mais atingida foi a masculina, de 65 a 74 anos, conforme gráfico 2 (SÃO PAULO, 2022).

Gráfico 2 – Óbitos por sexo e idade em 2021, DRS X



Fonte: São Paulo (2022).

O HRP compõe a RAS desta região, tem como fundamento ser um hospital geral, 100% público, para atendimento da população adulta, na especialidade clínica e cirúrgica. É um hospital com vagas reguladas via Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES) e gerenciado por um contrato de gestão estabelecido entre a SES e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por meio de uma interveniência administrativa intitulada como Fundação da Área da Saúde de Campinas (FASCAMP).

A planta física do hospital conta com 84 leitos de enfermarias, 42 (quarenta e dois) são leitos de clínica médica e 42 (quarenta e dois) de clínica cirúrgica, 20 (vinte) leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 28 (vinte e oito) leitos de Semi-Intensivo, somando um total de 132 (cento e trinta e dois) leitos de internação. Apresenta 11 (onze) Salas Cirúrgicas, sendo que 8 (oito) estão localizadas no Centro Cirúrgico Central e 3 (três) no Centro Cirúrgico Hospital Dia. Este hospital conta com um setor para atividades ambulatoriais.

Em 2018, ano de implantação, o hospital funcionou com a capacidade instalada de 50% da sua estrutura física e produziu 51.445 atendimentos. Em 2019, essa capacidade foi mantida, de acordo com o plano de trabalho estabelecido junto à SES e foram realizados 85.000 atendimentos.

No ano de 2020, com a ascensão da pandemia na região, o hospital foi nomeado como uma das referências do interior do estado, para a COVID-19, tanto que, de março a setembro, foi realizado atendimento exclusivo para os pacientes desta doença. No total, foram ativados 42 leitos de enfermaria e 50 leitos intensivos destinados ao atendimento dos atingidos pelo Coronavírus. A partir do mês de setembro de 2020, as atividades eletivas foram retomadas, de forma gradual, juntamente com a referência para aqueles pacientes acometidos pelo vírus Sars-Cov-2. A produção total no referido ano foi de 62.114.

Em 2021, com a segunda onda da Pandemia, o hospital retornou à referência ao paciente COVID-19, permaneceu até o mês de setembro com atendimento exclusivo para esta doença. A partir do mês de outubro, com a redução do número de casos, o hospital regressou, aos poucos, aos atendimentos eletivos. Foram realizados 34.700 atendimentos.

Para 2022, foi confirmada pela SES a expansão do HRP, em sua total capacidade, com a previsão de realizar mais de 80.000 atendimentos ao ano.

O HRP vem se configurando, ao longo dos quatro anos de existência, como uma importante referência para atendimento da população adulta, que necessita de tratamento clínico e/ou cirúrgico, de média e alta complexidade. Além disso, o Hospital, por suas características, tem como missão constituir-se, ao longo do tempo, como um serviço articulado à Rede de Saúde dos diferentes municípios da sua área de abrangência, com possibilidade de se tornar modelo para implantação da Transição de Cuidado, visto que ainda está no início desta atividade. Como foi descrito, a escolha do local de estudo justifica-se pelo fato de que este hospital, ao seguir a lógica da integralidade da atenção prevista pelo SUS, é cenário para o desenvolvimento de pesquisas que avaliem aspectos relacionados às potencialidades e fragilidades da TC na RAS.

5.3.2. Participantes da pesquisa

Na PCA, fazer parte do estudo significa ser participante do processo de cuidar e assumir, muito mais do que a condição de informante, mas ser parte integrante do estudo. Nessa perspectiva, os participantes desta pesquisa foram definidos de acordo com essa premissa, conforme descrito a seguir (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para atender ao objetivo específico 1 - *Identificar as percepções dos idosos acerca da TC do hospital para casa* - fizeram parte do estudo 22 idosos internados na Unidades de Internação Clínica do HRP e quatro cuidadores familiares que acompanhavam a hospitalização. Os pacientes elegíveis para o estudo foram idosos, com 60 anos ou mais, internados com agravamento de doenças clínicas, agudas ou crônicas, com permanência no serviço há pelo menos 24 horas e não possuir nenhuma limitação para participar da entrevista, além do aceite voluntário de participação na pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Também foram considerados para seleção, idosos com previsão de alta médica para o dia da entrevista, tendo em vista a proximidade com o período de TC. Os cuidadores que acompanhavam a internação do idoso participaram da entrevista, de forma colaborativa, uma vez que estavam envolvidos nos cuidados desenvolvidos pela equipe multidisciplinar.

Para contemplar o objetivo específico 2 - *Analisar as percepções dos profissionais da equipe multiprofissional, sobre os aspectos necessários para compor um protocolo de TC de idosos do hospital para casa* e o objetivo específico 3 - *Propor Protocolo de TC para idosos do hospital para casa* - fizeram parte 28 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, de diferentes funções, expertises e qualificações, que atuavam na assistência aos idosos internados no respectivo setor. Os profissionais de saúde foram selecionados por critérios de representatividade qualitativa, conforme descrito a seguir: ser profissional da área da saúde, atuar diretamente no setor de internação clínica do HRP, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, com interesse pelo tema da TC e aceitar, de forma voluntária, participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.3.3. Métodos e técnicas de obtenção das informações

A PCA recomenda a utilização de diferentes métodos de coleta de dados qualitativos, bem como, associações entre os dados, para obtenção das informações assistenciais. De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), as escolhas das técnicas de coleta estão diretamente relacionadas com a criatividade dos pesquisadores que a utilizam.

Dessa forma, para atingir os objetivos dessa pesquisa, foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados, tais como, observação participante; rodas de conversas (RC) com técnicos de enfermagem (TE); entrevista semiestruturada com profissionais da saúde da equipe multidisciplinar e idosos internados e grupos convergentes com profissionais de saúde para construção do protocolo. A descrição detalhada dos métodos utilizados na pesquisa é apresentada a seguir.

- Observação participante

A observação participante tem origem na antropologia e na sociologia, sendo que para que se torne válida, requer planejamento em relação ao que observar e como observar (MINAYO, 2014). Conforme proposta da PCA, a observação deve ser participante, tendo em vista que o método sustenta o critério da imersibilidade, que significa o envolvimento do pesquisador como parte da prática assistencial, a fim de produzir mudanças e/ou inovações compartilhadas. Desta feita, o pesquisador deixa de ser um estranho e passa a ser um dos integrantes do contexto pesquisado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesta pesquisa, a observação participante foi a primeira etapa de coleta de dados e fase inicial de aproximação com o objeto de estudo. Esta fase perdurou até a finalização da etapa 2 (Rodas de Conversas com TE), etapa 3 (Entrevista semiestruturada com a equipe multidisciplinar) e etapa 4 (Entrevista semiestruturada com idosos internados), tendo em vista a necessidade de confirmações, na prática, das falas dos profissionais de saúde e dos idosos internados, registradas durante as entrevistas.

A observação participante foi conduzida por meio de um roteiro norteador, tendo como base o CTI (Apêndice A).

- Rodas de Conversas

A RC, quando utilizada como instrumento de pesquisa, pode ser definida como uma prática sistematizada e instrumentalizada, de organizar um grupo a partir de reflexões e interlocuções dialógicas. Para sua realização, como método de pesquisa, deve ser considerado o ambiente propício para o diálogo, em que todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar, de modo que o falado seja relevante para o grupo e suscite, inclusive, a atenção na escuta. As colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar, seja para concordar com a fala imediatamente anterior. Conversar, nessa acepção, significa compreender com mais profundidade, refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar (MOURA; LIMA, 2014; PEREIRA, 2021).

Este tipo de abordagem investigativa busca compreender o sentido que o grupo social oferece ao fenômeno estudado. Propõe desenvolver reflexões por meio de diálogos, de modo que os sujeitos ampliem sua visão sobre o seu cotidiano. Como instrumento de investigação, possibilita a conexão das falas, nas quais é possível identificar as semelhanças e as diferenças discursivas. O diálogo, proposto na RC, é um momento singular de partilha, uma vez que pressupõe um exercício de escuta e fala. A palavra circula no ambiente de horizontalidade por entre os sujeitos com um olhar crítico sobre a realidade (MOURA; LIMA, 2014; PEREIRA, 2021).

A RC realizada com os TE ocorreu após as primeiras atividades de observação participante, quando houve maior aproximação com a equipe de enfermagem que atua na unidade de internação clínica do HRP. A opção por utilizar essa técnica de coleta de dados, vem ao encontro da reflexão de que os TE constituem um grupo específico no HRP, partilham do mesmo espaço de trabalho e desenvolvem tarefas comuns. Esta equipe tem uma identidade própria, não possui hierarquia organizacional entre os membros, que compartilham das mesmas vivências no cotidiano de trabalho e, por meio das relações construídas em seus contextos, apropriam-se de significações, que atribuem a si próprios e ao mundo em que vivem (PEREIRA, 2021).

Os eventos de RC foram conduzidos por meio de um roteiro norteador, tendo como base o CTI (Apêndice B).

- Entrevistas Semiestruturadas

A entrevista como técnica de coleta de dados é amplamente empregada na pesquisa qualitativa. Pode ser considerada como um processo de imersão social em que o entrevistador tem o objetivo de coletar informações do entrevistado, por meio de um roteiro norteado pela problemática central da pesquisa. Para Minayo (2014), a entrevista privilegia a obtenção de informações pelo discurso individual, capaz de revelar valores, normas, símbolos e representações sociais de determinados grupos.

Nesta pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada junto aos profissionais de saúde e aos idosos internados. Este método de coleta de dados colabora com respostas livres e espontâneas dos entrevistados e favorece a descrição dos fenômenos sociais, sua explicação e a compreensão em sua totalidade. Também possibilita a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista semiestruturada é focada em um assunto sobre o qual o pesquisador confecciona um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias geradas durante a entrevista (TRIVIÑOS, 1987). Vale ressaltar que, as entrevistas com os idosos e profissionais de saúde foram conduzidas por meio de um roteiro norteador, tendo como base o referencial conceitual do estudo, o CTI, o qual permitiu aos participantes discorrer sobre o tema proposto de forma reflexiva, articulada com suas vivências (Apêndice C e D) (THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022).

- Grupo de Convergência

Seguindo recomendações da PCA, foram realizados grupos de convergências (GC), junto com a equipe multidisciplinar para construção coletiva do protocolo de TC de idosos, do hospital para casa. Este tipo de técnica de coleta de dados tem por finalidade desenvolver a pesquisa, em simultaneidade com a prática assistencial em educação para saúde ou na prática clínica. O GC exige do pesquisador a habilidade de coordenação de grupo, de pesquisa e da prática assistencial. Nesse caso, são definidos atributos fundamentais para uso dessa técnica na investigação da PCA, tais como, coerência, respeito, paciência, comunicação, empatia e síntese (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

De acordo com as autoras supracitadas, essa modalidade de pesquisa, em grupo, quando formado para compor uma técnica de investigação de PCA, deve alcançar a coesão, porque dependem dele as mudanças e ou inovações propostas no projeto. Esta coesão do grupo percorre um processo com quatro etapas, sendo elas, a - reconhecimento; b - revelação; c - repartir; e d - repensar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O reconhecimento inicia no primeiro encontro do grupo e os participantes se interessam em conhecer seus pares e as finalidades dos encontros. A partir do reconhecimento, as relações intragrupo vão se intensificando. O diálogo participativo constitui a melhor estratégia para a coesão do grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na revelação, os participantes se identificam com seus pares pelas experiências em comum, relacionadas ao objetivo dos encontros. Dessa forma, eles se sentem confiantes em revelar experiências passadas, relativas ao assunto em discussão (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Durante o repartir ocorre o intercâmbio de experiências entre o grupo, de maneira a estabelecer condições para tomada de decisões compartilhadas referentes ao propósito do encontro (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O repensar é caracterizado pela reflexão sobre as implicações do problema em questão e a possibilidade de transferir o que foi compartilhado e aprendido, para as situações reais (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.4. Fase de Perscrutação

A fase de perscrutação é caracterizada pelas estratégias de refinamento de coleta das informações. De acordo com Trentini, Paim e Silva (2014), na PCA a qualidade de analisar, tem um lugar de destaque entre os demais delineamentos da pesquisa, tendo em vista a associação entre o desenvolvimento do conhecimento técnico, aplicação para introduzir inovações e mudanças no contexto da prática assistencial e, desenvolvimento teórico na área do estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesse sentido, o caminho percorrido para obtenção de dados é descrito de forma mais detalhada a seguir.

5.4.1. Período

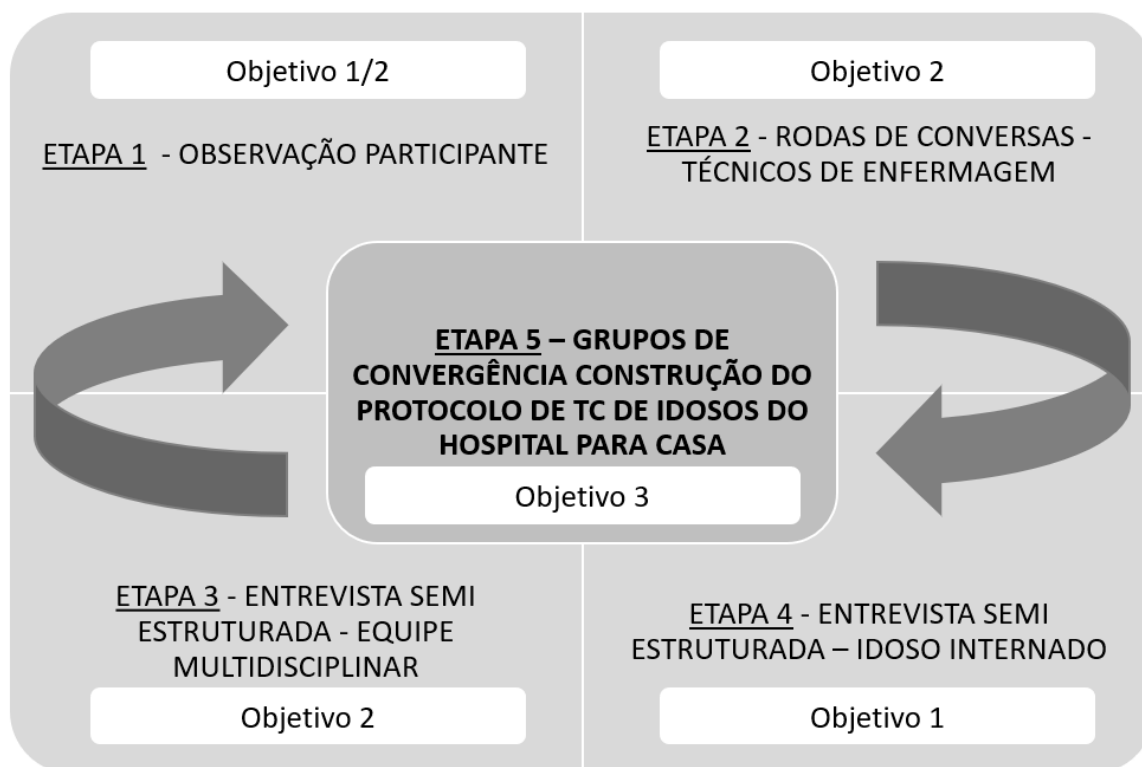
A coleta de dados foi realizada durante 11 (onze) meses (10 de fevereiro a 7 de dezembro de 2021), período em que as etapas 1, 2, 3 e 4 ocorreram de forma simultânea e complementar. A etapa 5 ocorreu após a análise dos dados coletados nas fases anteriores, tendo em vista a necessidade de compreensão de como a TC ocorre no local de estudo, para posteriormente propor a construção do protocolo de TC de idosos, do hospital para casa, associada à PBE.

A observação participante teve início no mês de fevereiro de 2021 e finalizou no mês de setembro de 2021, com o encerramento das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais de saúde da equipe multidisciplinar e com os idosos internados. As RC foram realizadas nos dias 10 e 11 do mês de fevereiro de 2021. As entrevistas semiestruturadas, com os membros da equipe multidisciplinar, ocorreram no período de 9 março a 10 setembro de 2021. As entrevistas semiestruturadas com os idosos internados foram realizadas no período de 22 de março a 27 maio de 2021. Os grupos de convergências foram realizados no período de 14 de outubro a 7 de dezembro de 2021.

5.4.2. Etapas

A pesquisa apresentou cinco etapas de coleta de dados: 1 - observação participante; 2 - rodas de conversas com TE; 3 - entrevista semiestruturada com profissionais da saúde da equipe multidisciplinar; 4 - entrevista semiestruturada com idosos internados; 5 - grupos convergentes com profissionais de saúde da equipe multidisciplinar para construção do protocolo. Conforme apresentado na figura 4, os dados coletados nas etapas 1, 2, 3 e 4 deram base para a realização da etapa 5, a qual finalizou com a elaboração do protocolo de TC de idosos, do hospital para casa.

Figura 4 – Síntese esquemática das etapas de coleta de dados



Fonte: elaborado pela autora.

- Etapa 1 – Observação Participante

A observação foi norteada pelo referencial conceitual que sustenta este estudo, tendo como eixo o CTI e seus princípios. Foram observadas, na organização do trabalho da equipe de saúde, a preparação do idoso e sua família para realizar a TC do hospital para casa; os processos de educação do paciente, familiar e/ou cuidador; a preparação para os cuidados domiciliares; os registros centrados nos pacientes, incluindo lista de medicações, de problemas de saúde e de outras informações úteis e a articulação com serviços de saúde, em especial APS (COLEMAN *et al.*, 2004). O roteiro utilizado para nortear a Observação Participante encontra-se no Apêndice A.

Durante essa etapa, houve participação da visita multidisciplinar, atividade que ocorre de segunda a sexta-feira, na Unidade de Internação Clínica, assim como, acompanhamento do fluxo de alta hospitalar realizado pelos membros da equipe multidisciplinar. Foi realizada análise no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), buscando identificar evidências nos registros da prática da TC, bem como, leitura de

documentos assistenciais, protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), orientações de alta e análise de relatórios das Comissões da Assistência (Curativos, Prontuários e Humanização).

Cabe destacar que as impressões e percepções, durante a fase de observação participante, foram registradas sistematicamente em diário de campo, ao final de cada atividade, a fim de compor material para análise dos dados.

• Etapa 2 – Rodas de Conversas com os Técnicos de Enfermagem

Para orientar as Rodas de Conversas realizadas com os TE, foi utilizado roteiro norteador (Apêndice B), tendo como base teórica o CTI, permitindo aos participantes discutir sobre o tema proposto de forma reflexiva, articulada com suas vivências na prática assistencial (PEREIRA, 2021; THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022).

Dos 25 TE que atuavam na unidade de internação clínica, na fase de coleta de dados, 15 participaram do estudo. O convite para os TE foi realizado por contato direto, conforme escala de plantão. O critério de inclusão adotado foi atuar na unidade há mais de seis meses.

Para preservar o sigilo e anonimato dos participantes, as RC foram realizadas no setor, em sala específica. Durante as atividades, a porta do local foi mantida fechada. Vale lembrar que todos os protocolos de precaução relacionados com a Pandemia COVID-19 foram seguidos para preservação da saúde do grupo.

Os participantes, antes de iniciarem as RC assinaram o TCLE e preencheram um formulário individualizado de caracterização, com dados sobre idade, sexo, estado civil e tempo de trabalho no hospital (Apêndice B). Durante as RC, foram realizados alinhamentos sobre termos e conceitos desconhecidos para os TE.

Foram realizadas quatro RC, gravadas em áudio, com a participação dos TE, segundo os turnos de trabalho, com duração média de 30 minutos. Cada profissional participou de apenas uma RC, de acordo com seu horário de trabalho. As atividades foram conduzidas pela pesquisadora e uma relatora. As observações foram registradas em diário de campo e os áudios foram transcritos, preservando a fidelidade da linguagem.

- Etapa 3 - Entrevista semiestruturada - Profissionais da Equipe Multidisciplinar

As entrevistas com os profissionais da equipe multidisciplinar foram conduzidas por meio de um roteiro norteador, tendo como base o CTI, as quais permitiram aos participantes discorrer sobre o tema proposto de forma reflexiva, articulada com suas vivências, conforme apresentado no Apêndice C. (THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022).

Com o objetivo de aprimorar o roteiro norteador, bem como, a linguagem para sua aplicação, foram realizadas duas entrevistas com profissionais que atuam de forma parcial na Unidade de Internação (cobertura de férias, folgas e atestados). Estes se dispuseram, voluntariamente, a dar sua opinião sobre as questões e colaboraram com a adequação da linguagem, para que tivesse maior significado para os participantes do estudo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Após realização do pré-teste e adequação do roteiro, o convite aos profissionais da equipe multidisciplinar para participar da pesquisa foi realizado, por contato direto no horário de trabalho, quando foram explanados os objetivos do estudo. Cabe destacar que não houve negativas referentes à participação.

Para preservar o sigilo e anonimato dos participantes, as entrevistas foram realizadas em salas privativas existentes no hospital e todos os protocolos de precaução relacionados à Pandemia COVID-19 foram seguidos.

Foram realizadas 11 entrevistas, com os seguintes participantes: um assistente social, cinco enfermeiros (quatro plantonistas e um diarista), um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um médico diarista, um nutricionista e um psicólogo. Destaca-se que, exceto na área médica, nas demais categorias constituíram-se o número total de profissionais que atuavam na assistência direta ou apoio assistencial ao idoso internado na Unidade de Internação, na fase de coleta de dados. A opção de realizar apenas uma entrevista na área médica justifica-se pela representatividade do profissional, tendo em vista que atua de segunda a sexta-feira, período diurno, quando a rotina de alta é mais frequente.

Os participantes, antes do início da entrevista, assinaram o TCLE e preencheram formulário individualizado de caracterização, contendo dados sobre idade, sexo, estado civil e tempo de trabalho no hospital, tempo de formação e grau de escolaridade (Apêndice C).

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, gravadas em áudio em aparelho *smartphone*, com duração média de 21 minutos. Os áudios foram transcritos, preservando a fidelidade da linguagem.

- Etapa 4 - Entrevista Semiestruturada - Idosos e Cuidadores

Na etapa 4, realizada com idosos e cuidadores, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada. Da mesma forma, foi desenvolvido um roteiro norteador específico, tendo como base o CTI, conforme apresentado no Apêndice D (THE CARE TRANSITION PROGRAM, 2022).

Foram realizadas três entrevistas pré-testes, para aperfeiçoar o roteiro norteador. Esta atividade foi de grande relevância para a realização da coleta de dados dos idosos e cuidadores, tendo em vista a adaptação da linguagem ao perfil dos usuários do serviço, da habilidade de aproximação das vivências geradas durante a internação e dos sentimentos que emergiram na alta hospitalar do idoso. Em uma das entrevistas pré-teste, houve participação de um cuidador, viabilizando a experiência da entrevista com falas compartilhadas e complementares, entre idoso e familiar (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Em sequência às entrevistas pré-testes, adequação da linguagem e do roteiro, foram programadas visitas diárias na Unidade de Internação, bem como participação da Visita Multidisciplinar, espaço em que o médico diarista sinalizava aos demais membros da equipe sobre as altas previstas para o dia. Após a identificação dos pacientes de alta, foram realizadas pesquisas no PEP e os documentos consultados, tais como, dados pessoais, admissão hospitalar e última evolução médica, os quais foram impressos, anexados ao formulário de caracterização do idoso e roteiro norteador da entrevista. Esta sistemática colaborou para a organização do material, preenchimento prévio do formulário de caracterização, bem como definição da elegibilidade do idoso para entrevista.

O convite para participar da entrevista foi realizado por contato direto com os idosos, no quarto em que estavam internados, com a presença ou não de acompanhantes. Quando os idosos estavam em quartos com leitos duplos, o paciente ao lado também foi orientado quanto à realização da pesquisa, para ciência da atividade desenvolvida no hospital.

Antes de iniciar as entrevistas, os idosos assinaram o TCLE. Em seguida, foi realizada conferência das informações previamente preenchidas no formulário de caracterização, por meio dos dados extraídos no PEP. Essa estratégia de confirmação das informações pessoais, junto com o idoso, foi utilizada como recurso para uma primeira aproximação e estabelecimento de vínculo.

Foram realizadas 25 entrevistas com idosos, no dia da alta hospitalar, ocorreu que três foram descartadas, duas por dificuldade de transcrição das falas (tom de voz baixo) e uma pela interrupção da chegada da família, no meio da entrevista e dificuldade de retorno ao contexto da pesquisa, tendo em vista a emoção do encontro no dia da alta.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, gravadas em áudio em aparelho *smartphone*, com duração média de 22 minutos. Os áudios foram transcritos, preservando a fidelidade da linguagem, gestos e expressões não verbais e identidade dos participantes.

- Etapa 5 – Grupos de Convergência com os profissionais da equipe multidisciplinar para construção do protocolo de TC do idoso, do hospital para casa

O convite aos profissionais de saúde, para participar do grupo de convergência, foi realizado por abordagem direta, durante as atividades laborais, considerando a representatividade na área de atuação e disponibilidade para participar da atividade. Nesta fase da coleta de dados, foram convidadas duas lideranças da área clínica, para participar da construção do protocolo, tendo em vista a especialização na área de atuação e gestão do setor assistencial.

O grupo de convergência foi constituído por oito profissionais de saúde, sendo eles, um assistente social, um enfermeiro diarista, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um TE, um coordenador médico da área clínica e um supervisor de enfermagem da linha clínica. Destaca-se que seis membros que participaram da entrevista semiestruturada, dessa forma, já haviam entrado em contato com o tema da pesquisa e com seus objetivos. Antes do início do primeiro grupo de convergência, os participantes assinaram o TCLE.

Os grupos de convergência iniciaram após a finalização das etapas anteriores, pois os resultados da análise dos dados da observação, RC e entrevistas deram base para construção do protocolo de TC do idoso, do hospital para casa.

Foram realizados quatro grupos convergentes, em sala de reunião, gravadas em áudio, no aparelho *smartphone*, com duração média de uma hora e 18 minutos. As atividades foram conduzidas pela pesquisadora e relatora. É oportuno apontar que os oito profissionais de saúde que participaram desta etapa, integraram todos os grupos de convergência. As observações foram registradas em diário de campo e os áudios foram transcritos, preservando a fidelidade da linguagem. O número de encontros foi determinado pelo tempo necessário para elaborar, revisar e validar o protocolo assistencial, conforme apresentado a seguir:

- 1º Grupo de Convergência (reconhecimento): alinhamentos iniciais com os participantes sobre o objetivo da atividade; apresentação das principais PBE sobre o tema; apresentação dos resultados preliminares da pesquisa coletados nas etapas 1, 2, 3 e 4; apresentação do estudo de Tomazela (2021), o qual analisou a TC de idosos que receberam alta do HRP hospital para casa, com aplicação do CTM 15; validação dos resultados da pesquisa com os participantes e discussão de propostas iniciais sobre os itens para compor o protocolo.

- 2º Grupo de Convergência (revelação/repartir): apresentação e revisão do escopo inicial do protocolo, de acordo com modelo padronizado pela Comissão da Qualidade do hospital, considerando os seguintes itens: introdução, objetivo e atividades assistenciais relacionadas com a TC para compor o protocolo.

- 3º Grupo de Convergência (repartir): apresentação dos itens revisados conforme sugestão dos participantes no segundo grupo de convergência (introdução, objetivo e atividades assistenciais relacionadas com a TC para compor o protocolo); apresentação dos itens para revisão: fluxograma, indicadores e referências.

- 4º Grupo de Convergência (repensar): apresentação da versão final do protocolo com os ajustes sugeridos pelos participantes no terceiro grupo de convergência e validação do documento.

5.5. Fase de Análise e Interpretação dos Resultados

A análise e interpretação dos dados, conforme recomendação da PCA, foram realizados em quatro processos, sendo eles: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de **apreensão**, foi dividido em duas etapas: na primeira foi realizada a análise dos materiais coletados na observação participante, RC, entrevista semiestruturada com a equipe multidisciplinar e entrevista semiestruturada com idosos internados, os quais deram base para o desenvolvimento dos grupos de convergência. A segunda etapa realizou a análise temática do material coletado nos grupos de convergência, espaço de revisão e validação do protocolo de TC do idoso, do hospital para casa. Todo o material foi submetido à análise temática, viabilizando a compreensão das falas dos sujeitos que participaram da pesquisa, ora de forma individual, ora de forma coletiva. (BRAUN; CLARKE, 2006; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A escolha pela análise temática dialoga com a descrição mais detalhada sobre um tema ou grupo de temas. Também possibilita a identificação de temas pelo nível semântico ou latente (BRAUN; CLARKE, 2006).

Na abordagem semântica, os temas são identificados dentro dos significados explícitos ou superficiais dos dados, e o pesquisador procura apenas o que o participante tenha falado ou escrito. O nível latente vai além do conteúdo semântico dos dados, identifica e examina ideias, suposições, conceitualizações e ideologias (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática é desenvolvida em seis fases: familiarização com os dados; definição de códigos iniciais; pesquisa de temas; revisão de temas; denominação de temas e produção do relatório (BRAUN; CLARKE, 2006).

Na familiarização com os dados o pesquisador deve alcançar a profundidade e a amplitude do conteúdo dos dados analisados. Esta imersão ocorre pela leitura repetida dos dados, a uma procura por significados e padrões nas falas (BRAUN; CLARKE, 2006).

Na geração dos códigos iniciais que o pesquisador identifica as características dos dados (conteúdo semântico ou latente) que pode ser considerada em relação ao fenômeno (BRAUN; CLARKE, 2006).

A busca por temas inicia quando todos os dados forem inicialmente codificados e agrupados. Esta fase envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais, sendo que alguns códigos iniciais podem passar a formar temas principais, outros podem virar subtemas, enquanto outros podem ser descartados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Durante a revisão dos temas ocorre a revisão dos extratos codificados nos dados e o refinamento desses temas (BRAUN; CLARKE, 2006). Segundo os autores, na definição e denominação dos temas são realizados os refinamentos finais. Além disso, é nesta fase que se dará o título de trabalho aos temas, portanto, os nomes precisam ser concisos, diretos, a ponto de o leitor ter uma ideia.

A produção do relatório inicia quando se tem o conjunto de dados totalmente trabalhados, contemplam a análise final e a escrita do relatório. Sob esse ângulo, é importante que a análise escrita forneça um relatório conciso, coerente, lógico, que contenha provas suficientes dos temas nos dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

A sistematização dos dados ocorreu com auxílio do *Atlas.ti Qualitative Datas Analysis*, na versão 9. Ao final, foi construído quadro analítico no *Microsoft Excel 2019*, para compor a fase de síntese dos resultados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Destaca-se que este agrupamento de dados similares (semântico e latente) possibilitou verificar a saturação dos dados, uma vez que a complementaridade das falas dos diferentes grupos de sujeitos contribuiu para o desenvolvimento de eixos norteadores, que subsidiaram a construção do Protocolo de TC de idosos, do hospital para casa. Para Trentini, Paim e Silva (2014), a saturação tem importância fundamental, pois depende dela o alcance do propósito investigativo de induzir mudanças e/ou inovações no contexto da pesquisa.

No processo de **síntese**, com a aplicação da análise temática, nas falas dos diferentes grupos de sujeitos que participaram da pesquisa, foi possível identificar convergências, divergências e agregá-las em um “todo coerente”, considerando a temática do estudo. Sendo assim, os conteúdos provenientes da observação participante, das RC com os TE, entrevistas semiestruturadas com equipe multidisciplinar e pacientes, foram tratados em conjunto pela elaboração de uma matriz temática (Quadro 3), a qual subsidiou o desenvolvimento do processo de teorização, conforme recomendação de Trentini, Paim e Silva (2014).

Para as autoras da PCA, sintetizar é a capacidade do investigador de incorporar entre si vários casos, histórias e experimentos, a fim de descrever os padrões ou

comportamentos e respostas típicas do grupo, sendo que deve mostrar dados essenciais para o desvelamento do fenômeno (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O processo de **teorização** consistiu em elaborar o protocolo de TC de idosos, do hospital para casa, articulado aos eixos norteadores identificados no processo de síntese e embasado à luz da PBE. O processo de teorização ocorreu, concomitantemente ao desenvolvimento dos grupos de convergências com os profissionais de saúde, os quais colaboraram com o processo de revisão e validação do conteúdo proposto para compor o protocolo. De acordo com as autoras da PCA, o primeiro passo ao iniciar uma teorização consiste em descobrir os valores contidos nas informações, auxiliando na formulação de pressupostos e questionamentos. Trentini, Paim e Silva (2014) afirmam que a teorização somente será alcançada por meio de um trabalho intelectual rigoroso, que consiste em elevar as informações obtidas a um alto nível de abstração.

No processo de **transferência**, fase final da análise, o protocolo de TC do hospital para casa, referente aos idosos, foi contextualizado ao cenário do estudo por meio de um plano de ação para sua implantação, tendo em vista a sua construção e validação junto ao grupo de profissionais. Os resultados poderão ser ampliados, de modo a refletir em novas práticas que atinjam a qualidade da assistência no âmbito de atuação da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.6. Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Número do Parecer: 4.368.291 e CAAE:36391420.8.0000.5393 (ANEXO A), com anuência do Serviço de Saúde que foi campo de estudo, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas que envolvem seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012)

Para preservar o anonimato dos sujeitos, foram gerados os seguintes identificadores:

- Rodas de Conversas: letras RC, seguidas da descrição do turno de trabalho e código numérico gerado pelo Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis* durante a análise dos dados. Exemplo: RC Noite 1, 2:1;

- Entrevista Semiestruturada Equipe Multidisciplinar: letras EM, seguidas de número por ordem de realização das entrevistas e código numérico gerado pelo Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis* durante a análise dos dados. Exemplo: EM 6, 2:7;
- Entrevista Semiestruturada Idoso: letra I, seguida de número por ordem de realização das entrevistas e código numérico gerado pelo Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis* durante a análise dos dados. Exemplo: I 2, 1:44. Os acompanhantes dos idosos que participaram de forma colaborativa na entrevista, foram identificados após a letra I com a palavra “Acompanhante”. Exemplo: I 2 Acompanhante, 1:44.
- Grupos de Convergência: letra GC, seguida de número por ordem de realização dos grupos, identificação do participante com a letra P e número e código numérico gerado pelo Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis* durante a análise dos dados. Exemplo: GC 2, P 2, 2:9.

Após a defesa da tese, seguindo os preceitos da PCA, os dados serão apresentados à direção do hospital, com o objetivo de compartilhar soluções e inovações que emergiram como resultado do estudo.

6. RESULTADO

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização dos Participantes

6.1.1. Idosos

Participaram 22 idosos internados, sendo que 16 (73%) eram do sexo feminino e seis (27%) masculino. A média de idade foi de 68 anos. Quatorze (63%) casados, seis (27%) viúvos, um (5%) divorciado e um (5%) união estável. Um idoso referiu ser analfabeto (5%), 10 (45%) relataram ter Ensino Fundamental incompleto, seis (27%) com Ensino Fundamental completo, dois (9%) com Ensino Médio incompleto, um (5%) com Ensino Superior incompleto, um (5%) com Ensino Superior completo e um (5%) com Pós-graduação.

Vinte (91%) idosos souberam responder sobre o nome da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência. Treze (59%) idosos referiram que o posto de saúde atendia no modelo de Programa de Saúde da Família (PSF) e nove (41%) no Tradicional.

Dezessete (77%) idosos possuíam doenças crônicas, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais prevalente, seguida do DM. Destes, 10 (45%) possuíam comorbidades. Sobre o uso de medicamentos contínuos, em registro de PEP, foram encontrados 14 (64%) idosos que faziam uso de uma ou mais medicações de uso contínuo. Três (14%) idosos usavam quatro ou mais medicamentos de uso contínuo.

Todos os idosos receberam receitas médicas na alta, com prescrições relacionadas à doença principal de internação, sendo que a média foi de 3,5 de medicações. Não foram encontrados registros de RM nas receitas para os medicamentos de uso contínuo.

Cabe destacar que quatro acompanhantes familiares, que estavam presentes no momento da entrevista, participaram do estudo de forma complementar, contribuindo com informações referentes à saúde e internação dos idosos, bem como, participando dos diálogos durante a coleta de dados.

Todos os idosos entrevistados tinham como doença principal de internação a COVID-19. O tempo médio de permanência de internação foi de nove dias, com o máximo de 31 dias e mínimo de dois dias. Os 22 pacientes estavam vivenciando a primeira internação no ano. Relativa à média de procura por serviços de emergência, no mesmo período, foi de duas vezes, com mínima de uma e máxima de cinco atendimentos. Dos idosos internados, 4 (18%) tiveram a forma grave da doença.

Em relação ao COVID-19, houve relatos, durante as entrevistas, sobre o impacto da doença na vida dos idosos. Dessa forma, essas falas foram analisadas como os demais dados coletados, contribuindo com a caracterização desses participantes. Emergiram quatro temas desta análise, sendo eles: impacto da doença na saúde do idoso; impacto na vida familiar e social, vacina contra a COVID-19, internação e descontinuidade no acompanhamento de saúde, conforme descrito a seguir.

• Impacto da doença na saúde do idoso

Durante as entrevistas os idosos descreveram os principais sinais e sintomas da COVID-19 que os levaram à internação hospitalar, conforme descrito nas falas a seguir:

- Comecei a passar mal, minha pressão alterou muito e eu fui ao hospitalzinho de lá e eles me encaminharam para cá porque começou a dar falta de ar (I 2, 1:27).

- Com três dias comecei a passar mal, comecei a tossir, eu fui à farmácia fazer o exame. Eu não estava acreditando que estava doente, mas eu fui e deu positivo. [...] Com oito dias meus filhos falaram 'faz de novo para ver se já está bem', fiz o de sangue, só que também deu positivo. [...] Não deu febre e não deu falta de ar, então eu achei que ia ser mais leve. Febre não deu, mas falta de ar com doze dias, muito forte (I 4, 3:1/3:4).

- Foi assim a história, não estar se sentindo bem... Enjoo entende? Não senti falta de ar, nada. [...] Não deu nada disso. Aí minha filha falou 'pai, vamos fazer o exame', aí fiz o exame e deu... (I 6, 5:8/5:9).

- Foi um pouquinho de falta de ar, um pouquinho de febre. Eu comecei a sentir umas coisas diferentes, e perdi o paladar. [...] Fiquei mais de nove dias sem comer (I 7, 6:17/6:18).

- *Eu senti que mexeu no meu apetite, fiquei desconfortável em casa, até a minha filha que teve que me trazer. [...] Mais o apetite, o cheiro, olhava para a comida e não ia. [...] A minha menina foi reforçando, engrossando a sopa e eu falei 'filha não vai' (I 9, 7:4/7:7).*

- *Senti um pouco (falta de ar), na terça-feira à noite eu estava em casa, não estava fazendo nada, só de repouso, mas eu já senti que não estava muito bom, falei 'acho que está na hora de eu procurar'. [...] Usei bastante oxigênio (I 22, 18:17/18:18).*

Foram registradas falas sobre os comprometimentos da saúde dos idosos durante a internação pelo agravamento da doença:

- *Dói, mas agora eu estou melhor. Puxar o ar assim, estou melhor, mas doía a barriga sabe? Não deu nada na garganta, mas na barriga, muita dor... (I 4, 3:30).*

- *É que nem o meu braço, ontem ele tremia (I 21, 17:14).*

- *E ela é bem ativa, ela sempre foi muito ativa, sempre foi independente, ela que cuidava de todo mundo, não precisava ser cuidada, sempre cuidou muito (I 23 Acompanhante, 19:36).*

- *Fica sempre cansado, 'você não pode sair correndo por aí', sou elétrico e não posso sair (I 24, 20:7).*

Sobre os idosos que adquiriram a forma grave da doença, há relatos sobre a necessidade de intubação orotraqueal:

- *Ela ficou na UTI, lá na UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Ela entrou, já foi para emergência, ficou no oxigênio. Conversamos com ela e no outro dia, à tarde, que a assistente social ligou e nos falamos por chamada de vídeo. De madrugada ligaram que precisou intubar (I 3 Acompanhante, 2:53).*

O longo tempo de internação, em especial dos idosos que enfrentaram a forma grave da doença, também foi destacada nas falas:

- *Seis dias não, mãe! Ela ficou desde o dia cinco. (Filha se referindo ao tempo de intubação, correspondente a 15 dias). [...] Ela não lembra e fala 'apaguei'. Mas está voltando aos poucos (I 4 Acompanhante, 2:38/2:40).*

- *Vinte quatro dias... Entre UPA e hospital, 24 dias fora de casa (Refere-se ao tempo de internação) (I 5, 4:1).*

- *Bastante tempo, desde dia quatro internada (Refere-se ao tempo de internação de 30 dias) (I 23, 19:35).*

Um idoso relacionou o impacto da COVID-19 com agravamento da doença crônica:

- Porque em casa eu nunca fui dependente de insulina, aqui eu tomei bastante. [...] Ele vai ali na sua comorbidade (I 19, 16:19/16:20).

Uma fala destacou a necessidade de reabilitação após a alta hospitalar para recuperação da saúde:

- Porque eu vou ter que fazer um pouco de fisioterapia (I 16, 13:27).

Houve relatos durante as entrevistas sobre a demora para buscar por atendimento médico:

- Para eu procurar... Eu achava que era uma gripe. Eu em casa, fiz um chá, tomei analgésico. Ia levando, achava que... 'hoje estou melhor'. Ia fazer minhas coisinhas, cansava um pouco e me sentava. De repente começava dores de cabeça, dor no corpo... tomava mais um remedinho, 'ah passou'. E assim, fui levando, até que chegou uma hora que... Aí minha pressão alterou demais, foi para 21. Começou vômito, vômito (I 2, 1:41).

- Demorou para eu ir. Aí no dia que a irmã chegou em casa, 'agora você vai, vai'. [...] Achei que era gripe, de sempre. Não tinha nada diferente, não tinha dor no corpo, não tinha... Achei que era uma gripe normal! Quando fui fazer o exame, não era (I 7, 6:20/6:22).

- Tomava uns remédios naquela esperança de melhorar depois, aí eu fui ao posto fazer os exames, esqueci como chama, e ela falou: - 'não, a sua mãe precisa de uma internaçãozinha, ela está muito mal', eu não conseguia fazer nem os exames, tive que pronar lá. [...] Muita falta de ar, já comprometendo o pulmão, então eu deixei passar um pouco sim (I 26, 21:17).

Também ocorreram falas sobre o impacto na saúde mental, em especial durante a internação:

- O próprio emocional. Você sabe muito mais do que eu, não é? [...] Ficar pensando numa coisa dessa... Está tudo bem, bem cuidado, mas você começa a pedir para Deus para limpar este pensamento terrível, porque não vai resolver eu ficar preocupado... [...] Aquela tristeza, não é? [...] Eu entreguei na mão de Deus, porque eu estava bem cuidado aqui, mas, é o tipo de coisa que... eu conversei com a minha esposa, com o meu netinho... Olha! Parece que eu nasci de novo (I 6, 5:22/5:29).

- Nem quero pensar... que coisa ruim (Refere-se à COVID-19) (I 7, 6:32).

- *Foi delicado, sozinho ali, foi duro... Nem quero pensar... que coisa ruim (Refere-se à COVID-19) (I 7, 6:15 /6:32)*

- *O coração fica... Sabe? [...] Porque a gente sabe o que a gente passa (I 13, 10:26/1027).*

Alguns idosos reforçaram a importância da fé para lidar com o impacto da doença e internação:

- *Eu estou muito feliz de ir para casa hoje e graças a Deus curada, porque eu acho que essa doença ninguém merece. Peço a Deus para que tudo isso passe logo porque está judiando muito das pessoas. [...] Temos que superar (I 22, 18:21/18:26).*

- *Eu confiei muito em Deus porque é só Ele, Deus é nosso socorro. Ele é nosso refúgio, nosso socorro e vem presente na hora exata da angústia, Ele foi presente na hora da angústia que eu passei, mas graças a Deus, com o Pai na frente eu venci (I 23, 19:34).*

- **Impacto na vida familiar e social**

Os idosos, além de vivenciar a internação e o processo de recuperação da doença, também relataram contágio de outros membros da família:

- *Eu tenho minha filha, ela pegou férias, o meu filho não sei, ainda hoje está em casa porque a quarentena dele terminou ontem (I 14, 11:9).*

- *Ele teve primeiro que eu, eu peguei dele (Se referindo ao marido). Está bem, a minha filha falou que ele está bem, que estão levando comida para ele, estão vendo a geladeira, eu falei 'vocês estão todos unidos aí?', respondeu que estão, então, está bom (I 16, 13:6/13:7)*

- *O meu filho está, a minha filha está. [...] Eu estava vendo com a minha filha, ela falou que dia 21 é que vai dar os 14 dias dela e do meu filho também, então, você acha que eu corro o risco de pegar deles? Eles ficaram leves, ficaram em casa (I 17, 14:6/14:7).*

- *Foram as duas filhas minhas e minha esposa, foram fazer o exame também. A minha neta (I 24, 20:21/20:24).*

Duas idosas relataram a hospitalização de outros membros da família devido ao agravamento da doença:

- *Está lá na UPA, ele internou na terça-feira, eu internei no domingo, dia nove (Refere-se ao marido) (I 17, 14:4).*

- *Tenho um irmão aqui intubado. [...] Acho que ele foi o primeiro dos meus irmãos que ficou ruim, que está aqui, a chance de vida é muito pequena e a gente não pode fazer nada (I 22, 18:21/18:22).*

Cabe destacar que uma das idosas, ainda não havia recebido a notícia do falecimento do esposo pela doença, pois a equipe estava se organizando junto com a família para dar a notícia antes da alta hospitalar.

Também houve relato sobre o impacto da pandemia na vida social e perda de amigos:

- *Infelizmente já perdemos tanta gente lá em Cordeirópolis, tantos amigos, pessoas que a gente não se conforma. [...] É o que eu estou falando para minhas amigas, se cuida, nada de visita, fica sozinha, fica sozinha em casa, eu fiquei, eu sou sozinha e fico sozinha e acho que essa hora é hora de isolamento mesmo e não tem o que você fazer, a melhor coisa é se isolar do que passar por aí com uma doença dessa tão terrível (I 22, 18:25/18:27).*

Nesse sentido, o isolamento social foi reforçado como estratégia de prevenção após a alta hospitalar, apesar do impacto na vida do idoso:

- *Não posso receber ninguém, ele falou que quanto menos eu falar melhor. Só no telefone: 'tudo bem? tudo, tchau' estou ótima, é assim (Refere-se ao retorno para casa) (I 13, 10:15).*

- **Vacina contra a COVID-19 e internação**

Sobre a vacinação contra a COVID-19, alguns idosos ficaram doentes antes de tomar a vacina:

- *Não, não tomei, porque quando ela veio eu já estava doente. Meu marido tomou (Sobre a vacina contra COVID-19) (I 4, 3:21).*

- *Eu tinha consulta agendada para tomar a vacina dia 12, mas depois veio a COVID. Minhas filhas tinham agendado para eu tomar vacina, mas não tomei. Era a primeira. Não cheguei a tomar nenhuma (Refere-se à vacina contra a COVID-19, que não conseguiu tomar porque adoeceu) (I 18, 15:7/15:9).*

Uma idosa relatou que tomou a primeira dose da vacina no mesmo dia em que iniciaram os sintomas da doença:

- *No dia que tomei a vacina (de COVID), tomei às 14h, às 17h começou a tosse, aí fiquei enrolando hoje, amanhã. Aí meu filho falou 'não, não, de hoje você não passa, pode levantar-se, vai assim mesmo'* (Refere-se à procura por atendimento médico após o início dos sintomas) (I 13, 10:6).

Um idoso relatou que uma dose da vacina não o protegeu da doença:

- *Só uma dose. Dizem que é uma das melhores vacinas, mas ainda peguei* (I 26, 21:23/21:25).

Também houve falas sobre dúvidas da vacinação após a doença:

- *Agora não sei se vou precisar tomar a vacina...* (I 3, 2:71).

- **Descontinuidade no acompanhamento de saúde**

Os idosos relataram o impacto da Pandemia no acompanhamento de saúde, conforme relatos a seguir:

- *Por causa dessa COVID... Eu marco a cada seis meses e eu vou. Agora eu em casa, a hora que melhorar, que estiver tudo normal vou procurar o cardiologista, vou fazer um ECO (Ecocardiograma). [...] Ah... Já faz tempinho... (Sobre o acompanhamento da doença crônica) [...] Bem antes da COVID, acabei não voltando mais* (I 2, 1:36/1:38).

- *Mas, não deu tempo... devido a tudo que aconteceu... (Sobre o acompanhamento da doença crônica). [...] Porque eu tenho consulta que estava marcada com a médica, só que iniciou a COVID e eu parei com tudo. Como eu fiquei com COVID, fiz só os exames que ela pediu...* (I 3, 2:68/2:78).

- *Eu tinha para o dia 15, tinha exame de sangue, mas não deu para fazer. Essa semana a enfermeira veio para dar a vacina. [...] Perdi, perdi... Tinha um Papanicolau para o dia 08, acho que este dá. Não sei se vai dar para fazer. [...] Agora parou... agora ninguém está indo mais, porque não dá mais para ir* (Refere-se à participação no grupo de hipertensão da UBS) (I 4, 3:20/3:23/3:29).

- *Eu acho que não, porque o ano passado estava naquela correria* (Refere-se ao acompanhamento da doença crônica durante a Pandemia) (I 7, 6:7).

- *Não fui, e agora que estava enrolando surgiu tudo isso* (I 13, 10:20).

- *Eu tinha, mas não deu tempo. Era para saber o resultado do exame de sangue mais um outro* (Refere-se à consulta agendada que perdeu durante a pandemia) (I 23, 19:22/19:26).

Algumas falas sinalizam a mudança da rotina dos serviços de APS devido à pandemia:

- *Tem os que vão em casa, mas por causa da Pandemia, eles não estão indo. Então estou sem atendimento... Já fazem uns dois anos que eu estou sem...* (Refere-se ao acompanhamento das comorbidades) (I 5, 4:2).

- *Eu tinha marcado para levar os exames de rotina, colesterol, essas coisas, mas eles desmarcaram por causa da pandemia, estão atendendo mais os casos de covid, esses outros casos ficaram para depois, que não tem tanta urgência* (I 22, 18:13).

Outro idoso destacou a mudança na rotina dos serviços de saúde que realizam procedimentos eletivos:

- *Ah... Eu queria que tirasse, só que ela falou 'não estamos fazendo cirurgia nenhuma, nem as mais simples', eu falei, concordo. Ah, faz mais de ano* (Refere-se à cirurgia de ressecção de lesão de pele) (I 6, 5:34/5:36).

6.1.2. Profissionais de Saúde

- Rodas de Conversas

Participaram 15 TE das RC. A média de idade dos participantes foi de 38 anos, 13 (87%) do sexo feminino e 2 (13%) do sexo masculino; 5 (33%) casados, 5 (33%) solteiros, 3 (20%) divorciados e 2 (13%) em união estável; o tempo médio de trabalho no hospital foi de dois anos.

- Entrevistas Semiestruturadas

Sobre as entrevistas semiestruturadas, com os profissionais da saúde que compõem a equipe multidisciplinar, dos 11 participantes, um era assistente social, um enfermeiro diarista, quatro enfermeiros plantonistas, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um médico diarista, um nutricionista, um psicólogo. Nove profissionais eram do sexo feminino (82%) e dois do sexo masculino (18%). A média de idade foi

de 37 anos, 5 casados (45%), 1 divorciado (9%), 3 solteiros (27%), 1 união estável (9%) e 1 ignorou o estado civil ao preencher o formulário de caracterização (9%). Nove profissionais (82%) possuíam especialização completa (*latu sensu*).

- Grupos de Convergência

No grupo de convergência participaram oito profissionais de saúde, sendo um coordenador médico da linha clínica e uma supervisora de enfermagem da linha clínica, um assistente social, um enfermeiro diarista, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um TE. Seis profissionais eram do sexo feminino (75%) e dois do sexo masculino (25%). A média de idade foi de 36 anos, 2 casados (25%), 1 divorciado (12%), 4 solteiros (50%) e 1 união estável (12%). Sete profissionais (87%) possuíam especialização completa (*latu sensu*).

6.2.A TC do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

A partir da análise dos dados da Observação Participante, Rodas de Conversas (RC), entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe multidisciplinar e idosos, foi possível elaborar a matriz temática que apresenta a síntese dos resultados da pesquisa, bem como, a compreensão da TC, do hospital para casa, na perspectiva dos profissionais de saúde e idosos que participaram do estudo, conforme temas e subtemas apresentados no quadro 3.

Quadro 3 – Matriz temática, Transição do Cuidado do idoso, do hospital para casa, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

(continua)

TEMAS	SUBTEMAS			
	Observação Participante	Rodas de Conversas	Entrevistas Semiestruturadas Profissionais de Saúde	Entrevistas Semiestruturadas Idosos
Significado de Transição do Cuidado	_____	Desconhecimento sobre o tema Transferência de Cuidado	Continuidade do Cuidado na RAS Transferência de Cuidado	_____
Problemas Relacionados a Medicamentos nas TC de idosos do hospital para casa	Reconciliação Medicamentosa Fornecimento de Receita Médica Segurança do Paciente no uso de medicamentos	Adesão ao Medicamento Reconciliação Medicamentosa Fornecimento de Receita Médica Segurança do Paciente no uso de medicamentos	Adesão ao Medicamento Reconciliação Medicamentosa Fornecimento de Receita Médica Segurança do Paciente no uso de medicamentos	Fornecimento de Receita Médica Entendimento sobre o medicamento de uso contínuo
Rede de apoio familiar e a TC de idosos do hospital para casa	Apoio familiar Acompanhante Diretriz COVID-19 – Acompanhante Hospitalar	Apoio familiar Acompanhante	Apoio familiar Acompanhante	Apoio familiar

Quadro 3 – Matriz temática, Transição do Cuidado do idoso, do hospital para casa, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

(continuação)

TEMAS	SUBTEMAS			
	Observação Participante	Rodas de Conversas	Entrevistas Semiestruturadas Profissionais de Saúde	Entrevistas Semiestruturadas Idosos
Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado	Indicador alta responsável (Paciente COVID) Formulário SBAR (Transferência para outros serviços de saúde, exceto APS) Relatório de alta médica e exames Encaminhamentos (contrarreferência) Alta hospitalar	Continuidade do Cuidado Sumário de Alta Gerenciamento do estado de saúde Alta responsável Alta hospitalar	Continuidade do Cuidado Sumário de Alta Gerenciamento do estado de saúde Alta responsável Alta hospitalar	Vínculo com a Unidade Básica de Saúde Descontinuidade no acompanhamento da saúde
Processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa	Visita Multidisciplinar Alta Hospitalar Trabalho em equipe	Visita Multidisciplinar Boletim médico Solicitação de equipamentos e materiais disponíveis na rede Planejamento de Alta	Visita Multidisciplinar Boletim médico Solicitação de equipamentos e materiais disponíveis na rede Planejamento de Alta Conferência familiar	Preparo e orientação para alta hospitalar Sinais de Alerta Retorno para casa

Quadro 3 – Matriz temática, Transição do Cuidado do idoso, do hospital para casa, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

(conclusão)

TEMAS	SUBTEMAS			
	Observação Participante	Rodas de Conversas	Entrevistas Semiestruturadas Profissionais de Saúde	Entrevistas Semiestruturadas Idosos
Ausência de protocolo de TC de idosos do hospital para casa	POP Alta hospitalar Orientação de alta Curativo e Drenos Orientação de Alta – Sonda Nasoenteral e Sonda Vesical de Demora <i>Checklist</i> Alta Responsável Diretriz COVID – Alta Responsável Orientação de Alta COVID	Ausência de protocolo de TC	Ausência de protocolo de TC Iniciativas relacionadas à padronização de atividades relacionadas a TC	_____

Fonte: elaborado pela autora.

A descrição detalhada dos temas e subtemas é apresentada a seguir.

•Significado de Transição do Cuidado

Para que houvesse alinhamento sobre o tema da pesquisa, a primeira pergunta norteadora, realizada nas RC e entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe multidisciplinar, referiu-se ao significado de TC. A maioria dos TE mostrou desconhecimento sobre o tema, apenas um profissional relacionou ao conceito de transferência de cuidado:

- É a passagem do paciente de uma instituição para outra, de um plantão para outro. Manter o cuidado, ou melhorar o cuidado (RC Noite 1, 2:1).

Nas entrevistas semiestruturadas, o significado da TC como atividade de transferência de cuidado emergiu nas falas dos profissionais da equipe multidisciplinar. Para alguns profissionais, essa transferência ocorre da equipe de saúde para o paciente e/ou cuidador, do hospital para casa:

- Transição do cuidado é um conjunto de ações e medidas que tem por objetivo assegurar e dar continuidade nos cuidados em casos de transferência, na alta hospitalar para o domicílio (EM 1, 1:50).

- É o processo de transferência do cuidado prestado em ambiente hospitalar para o cuidado que será oferecido em casa por cuidador, podendo ser este um familiar ou não (EM 3, 6:1).

- Inclui também os cuidados com o paciente em seu domicílio pelos seus familiares/cuidadores (EM 6, 2:7).

Um dos profissionais de saúde enfatizou a importância da preparação do paciente e família, considerando a transferência de cuidado:

- É o período em que o paciente e a família são integrados aos cuidados, desde a alimentação, mobilidade, banho, higiene íntima, curativos, procedimentos mais específicos como aspiração de traqueostomia, cuidados com sonda vesical de demora, gastrostomia, drenos, alimentação por sonda nasoenteral (EM 9, 12:1).

Houve associação com a transferência da assistência hospitalar para outros serviços ou profissionais de saúde:

- *É quando o paciente no momento da alta hospitalar tem necessidade de alguns cuidados específicos que causa dependência e continuidade na sua reabilitação (EM 2, 5:1).*

- *A transição do cuidado é uma estratégia que objetiva a transferência adequada do paciente, seja a nível de assistência, ou em diferentes localizações, ou na mesma instituição (EM 4, 7:1).*

O significado de TC como continuidade do cuidado, em outros serviços que compõem a RAS, foi destacado por alguns profissionais de saúde:

- *É o preparo do cliente, familiares e rede de apoio para a continuidade do tratamento e cuidados gerais do paciente, normalmente de uma instituição para outra. Exemplo: hospital para posto de saúde de referência (EM 6, 2:1).*

- *É integralidade junto à Unidade de Saúde de referência para continuidade do tratamento e cuidado ao paciente (EM 9, 12:2).*

Em duas falas, além do significado de TC como continuidade do cuidado, houve ênfase na importância do trabalho multidisciplinar em rede e envolvimento da família no processo:

- *A transição do cuidado é o processo no qual ações de continuidade da assistência ao paciente são planejadas e efetivadas nos momentos em que haverá mudança na referência principal de atenção ao mesmo (transferência entre diferentes serviços de saúde e/ou unidades). Idealmente, deve incluir a comunicação e articulação entre os envolvidos no processo: paciente, família, equipe multiprofissional atual e futura (EM 5, 4:1).*

- *Conceito amplo: o paciente necessita de diferentes níveis de atenção e diferentes manejos, ao longo da vida e, muitas vezes, no transcorrer da mesma doença. A interface entre os diferentes níveis de atenção, a comunicação efetiva entre as diferentes equipes e o alinhamento das informações pertinentes ao caso, definindo em conjunto quais as necessidades do paciente naquela determinada fase/etapa do tratamento/acompanhamento: isto é a transição do cuidado para mim. Este conceito abrange outros, como equipe multidisciplinar, assistência domiciliar, rede de apoio e treinamento das famílias (EM 11, 3:1).*

Em uma das falas, foi destacado a interface entre TC, transferência de cuidado, continuidade do cuidado, segurança do idoso na alta domiciliar e prevenção de readmissões hospitalares:

- *É um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade dos cuidados no momento da transferência do paciente ou alta domiciliar, garantindo a segurança do paciente e contribuindo para prevenção de readmissões hospitalares desnecessárias (EM 7, 8:1).*

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 5.

Figura 5 – Síntese temática, Significado de Transição do Cuidado

Significado de Transição do Cuidado

O significado da TC descrito pelos profissionais da saúde permeou conceitos importantes a serem considerados na elaboração do protocolo de TC, tais como, transferência de cuidados do hospital para os cuidados domiciliares e do hospital para outros serviços de saúde. Foi destacada a continuidade do cuidado em outros serviços de saúde na RAS, em especial, na APS. Além disso, houve falas que relacionaram o seu significado com a integralidade da assistência e com a segurança do paciente. Nesse sentido, estes conceitos são componentes fundamentais a serem considerados no processo de teorização do estudo.

Fonte: elaborado pela autora.

• Problemas Relacionados a Medicamentos nas TC de idosos do hospital para casa

A Reconciliação Medicamentosa (RM) foi enfatizada pelos profissionais de saúde como aspecto importante a ser considerado na TC:

- *Reconciliação medicamentosa, com revisão dos medicamentos que o paciente já fazia uso, com os recentemente adicionados, evitando interação medicamentosa. Assegurar o entendimento sobre o uso das medicações (EM 7, 8:3).*

A RM emergiu nas falas como um processo assistencial que ocorre, em especial, na admissão e durante a internação dos idosos:

- *A maioria das vezes o que acontece, ele chega com aquela cartela. Eu recebo o paciente, olho direitinho, faço a entrevista e pergunto, quantas vezes ao dia. O enfermeiro entra e faz a mesma coisa, faz a avaliação física nele, pergunta os tipos de medicamentos e depois o médico vem para fazer a*

entrevista para ver quais medicamentos vão entrar na prescrição. Caso um dos três esqueça, uma passa para outro (RC Noite 1, 3:25).

- O paciente quando ele interna vem com as medicações que faz uso em casa. A gente procura se informar sobre os horários que ele usa, qual é o hábito dele para não fugir muito, apesar de que temos horário padrão. Então, hoje mesmo eu fui conversar com uma paciente que estava extremamente ansiosa porque ela toma a melatonina às 19h da noite e estava dando às 22h. Ela estava agitada por causa disso. Eu falei: 'Não, a senhora vai tomar de acordo como está costumada' (EM 8, 11:26).

- O certo é perguntar! É raro não acontecer. É muito hábito do médico perguntar o que o paciente usa. Se ele não perguntou é porque esqueceu (EM 11, 3:28).

Durante a RM na admissão hospitalar, os profissionais da equipe multidisciplinar identificam problemas relacionados com os medicamentos de uso contínuo pelos idosos, em casa:

- Quando o paciente chega a gente conversa com ele e com o familiar. Pede a última receita e as medicações que ele usa habitualmente, os horários. A maioria não tem receita, então os familiares trazem as caixinhas e o médico faz essa conferência de medicação. Definimos os horários da medicação, porque geralmente está totalmente fora de horário. Porque eles tomam só quando sentem alguma coisa (EM 10, 13:18).

- Quando vou fazer a admissão, pergunto o que ele usa. O paciente fala x, y, z de medicação. Às vezes o familiar fala, às vezes vem com a caixinha de remédio, a gente olha, tem muitas coisas que eles não precisam, a polifarmácia é muitíssimo prevalente e o idoso é muito sensível a isso. Olhando aquilo, tomo minha decisão do que vou manter ou não (EM 11, 3:25).

Nessa perspectiva, alguns idosos quando questionados sobre as medicações de uso contínuo, mostraram dificuldades para descrever quais eram usadas em casa:

- Para lembrar do nome é duro... (I 7, 6:30).

- Tem um que é azulzinho e branco que é para o estômago, tem vitamina, tem 'uns pares deles lá' (vários) (I 12, 9:9).

- Não lembro, sei que é 10mg. [...] Eu sei que não é muito forte, é para controlar porque a minha não chega a ser aquela pressão (I 16, 13:17/13:24).

Em outros casos, alguns idosos verbalizaram maior entendimento sobre os medicamentos utilizados em casa:

- *Eu sei. O remédio da pressão que é o Losartana e o da tireoide que é para controlar (I 2, 1:44).*

- *Porque eu tomo Carvedilol manipulado. Aqui estou tomando normal (I 5, 4:19).*

Ainda que a prática da RM ocorra na admissão hospitalar e se estenda durante o processo de internação do idoso, houve relatos de TE sobre a falta de padrão para sua realização, o que gera problemas de comunicação com o paciente e/ou sua família:

- *O que acontece, a gente entra no quarto: - 'Viu, mas minha mãezinha toma remédio para Alzheimer às 20h, 21h, 22h'. - 'Mas, a senhora falou com o médico?' Aí você pega o remédio, leva na sala de prescrição (RC Tarde, 2:36).*

- *As medicações que ele já está acostumado... Aí tem essa: - 'Por que mudou, mudou por quê'. Às vezes, o médico não esclarece muito bem. Às vezes, é necessário, não é? Mas, aí tem essa divergência. Aí você não sabe o que falar (RC Tarde, 2:38).*

Vale ressaltar que a observação participante identificou que há registro sobre as medicações de uso contínuo em prontuário, em especial na admissão médica, bem como sobre a RM, nas prescrições médicas, durante a internação. De qualquer forma, trata-se de registro fragmentado, descolado de um plano terapêutico, no qual ocorre o envolvimento da equipe multidisciplinar, do idoso e da sua família na sua elaboração. Ainda que a visita multidisciplinar ocorra de segunda a sexta-feira, na unidade de internação, para discussão de caso, com participação dos profissionais da equipe multidisciplinar, o tema não faz parte dos assuntos abordados na atividade.

Sobre a RM na alta hospitalar, houve evidências nas falas dos profissionais de saúde de que o processo acaba sendo mais fragmentado, refletindo na falta de padrão quando ocorre o fornecimento da receita médica para continuação do tratamento em casa:

- *Eu vou falar a verdade, mais da metade sai sem prescrição nenhuma. (RC Manhã, 1:118)*

- *Eu estou fazendo a alta de um paciente de alta dependência e semi-intensivo. Ele está com tudo certinho: encaminhamento para UBS, prescrição, está com medicação (RC Manhã, 1:119).*

Quando ocorre o fornecimento da receita para idosos com doenças crônicas, nem sempre apresenta todos os medicamentos necessários para a continuidade do cuidado em casa:

- *Alguns médicos colocam as medicações de uso contínuo. Receita separada dos horários que o paciente deve estar fazendo uso dessa medicação. Já outros médicos, não fazem isso. [...] Nem todos colocam todas as medicações de uso domiciliar. Outros dão só o seguimento referente à internação, o que ele fazia uso antes, a orientação que a gente vê é: - 'continua a fazer o tratamento, procura seu posto de saúde'. Agora, tem outros que você vê na receita das medicações que ele acrescentou, um antibiótico para terminar o tratamento e as de uso contínuo também (EM 10, 13:19/13:20).*

A maioria dos profissionais enfatizou que os medicamentos prescritos para uso domiciliar estão relacionados somente ao motivo da internação:

- *O que a gente vê é que geralmente os pacientes de alta sai com a receita do que foi dado aqui para dar continuidade, se precisar. Mas, o que está tomando em casa ele vai seguir a receita do médico dele (RC Noite 2, 4:29).*

- *Ele só faz a alteração aqui para adaptar aos horários de rotina do hospital, mas em casa ele pede para dar continuidade ao tratamento que fazia no postinho (RC Noite 2, 4:32).*

- *Geralmente com receita de antibiótico, analgésico, anti-inflamatório, mas não dessas doenças crônicas (EM 8, 11:29).*

Em uma das entrevistas, o profissional de saúde relacionou a falta da prescrição dos medicamentos de uso contínuo na receita médica fornecida na alta, com possíveis dificuldades dos idosos sobre entendimento das medicações e falhas na TC do hospital para casa:

- *A medicação de uso contínuo não consta na receita médica. Isso também é falho, não é? [...] Muitos idosos moram sozinhos, são independentes. Então podem pensar, será que eu tenho que tomar essas medicações do COVID? Então toda essa parte de rede, de TC fica falho (EM 9, 12:36).*

Outro profissional de saúde reforçou a importância de padronizar o formato da receita médica entregue na alta hospitalar, ao considerar as medicações de uso contínuo, bem como a orientação ao paciente, familiares e/ou cuidadores:

- *Não tem um padrão. É legal padronizar isto. Eu acho que se fornecer o receituário com os medicamentos de uso contínuo, precisa falar não só com o*

paciente, mas também com o familiar e eles vão fazer uso de forma adequada desses medicamentos (EM 10, 13:20).

Como não existe um padrão para prescrição de medicamentos de uso contínuo na alta hospitalar, o médico entrevistado enfatizou que a composição da receita médica fica a critério do plantonista:

- É da discricionariedade de quem está avaliando o caso e dando alta. Tem o outro diarista, ele costuma dar as altas de manhã, mas também não sei se ele segue um padrão. Para o COVID foi fácil porque tem um padrão, foi tranquilo. As demais patologias, cada uma é de uma forma. [...] Eu escrevo para manter uso (EM 11, 3:23/3:24).

Ocorreu uma fala na RC sobre o fornecimento da receita médica, a alteração de medicações de uso contínuo e a relação com possíveis discrepâncias medicamentosas na TC do idoso, do hospital para casa:

- Às vezes também uma divergência que acontece, o paciente tem as medicações dele e, no momento da alta, no receituário, as medicações de hipertensão, de diabetes são diferentes (RC Tarde, 2:37).

As fragilidades observadas pelos profissionais de saúde nas Rodas de Conversas (RC) e equipe multidisciplinar, sobre a RM no processo de admissão-internação-alta, foram evidenciadas nas falas dos idosos entrevistados, em especial quando questionados sobre as orientações de medicações a serem continuadas em casa, realizadas pelos profissionais de saúde durante a internação:

- Deu medicação, falou que vai demorar um pouco para tirar os acessos, mas não falou nada da medicação que ela vai tomar em casa (I 3 Acompanhante, 2:62).

- Não. Aqui eu já estou tomando diferente, sabe? (Refere-se aos medicamentos prescritos para uso em casa no dia da alta) (I 5, 4:18).

- Só falou que vai mandar vir (Refere-se à visita médica e aos medicamentos prescritos para uso em casa no dia da alta) (I 7, 6:28).

Dois idosos e um acompanhante verbalizaram preocupação com os medicamentos de uso domiciliar, tendo em vista que até o momento da internação o assunto não havia sido tratado:

- Eu preciso de algum medicamento ou não? (Dúvidas sobre o que irá tomar em casa) (I 9, 7:12).

- *Não, essa é a minha única dúvida ainda. Eu estava com dúvida também na questão de ela estar tomando a bombinha, eu quero também saber se vai dar em casa, se não vai, que isso não era costume, ela nunca usou bombinha.* (Refere-se aos medicamentos prescritos para uso em casa no dia da alta) (I 23 Acompanhante, 19:19).

- *Não. Mas, medicação em comprimido eu não posso tomar* (I 24, 20:13).

Um idoso reforçou que, apesar da orientação sobre a medicação não ter ocorrido até ser internado, ele já estava ciente sobre a continuidade da medicação de uso contínuo:

- *Ainda não, não passaram para mim, só sei os que eu já tomava* (Referindo-se aos medicamentos prescritos para uso em casa no dia da alta) (I 14, 11:16).

Já outros mostraram insegurança sobre a continuidade do tratamento medicamentoso de uso contínuo em casa:

- *Mas, não sei se vou continuar tomando* (Medicamentos de uso contínuo no quarto do paciente trazidos de casa) (I 4, 3:15).

- *Então, eu não sei se vai manter os que estão lá em casa, o médico falou que iria ver isso, se vai mudar alguma coisa* (I 19, 16:17).

- *Tem bastante remédio lá, mas não sei o que vai poder tomar agora* (I 12, 9:7).

Nesse sentido, um dos profissionais de saúde enfatizou a importância de a equipe multidisciplinar ser mais ativa nas orientações dos medicamentos a serem continuados em casa:

- *A equipe pode ser mais ativa na transição do cuidado, deixando claro o horário das medicações, pois os familiares e o idoso não sabem fazer o aprazamento de medicamentos* (EM 10, 13:11).

Na observação participante, ao acompanhar o ato da alta hospitalar, atividade de responsabilidade do TE, foi possível identificar que as orientações sobre os documentos de alta, compostos por relatório de alta, protocolo para acesso aos exames realizados no hospital, encaminhamentos, orientações escritas da equipe multidisciplinar e receita médica, são realizadas de forma rápida, não ultrapassando cinco minutos de diálogo, o que pode impactar nas orientações referentes ao uso de medicamentos prescritos para casa.

Diante do fato, foram realizadas consultas aos prontuários após a alta dos idosos entrevistados e houve a confirmação de que, para estes pacientes, ocorreu a prescrição apenas de medicações relacionadas ao tratamento pós-covid, sem abranger as de uso contínuo. As receitas médicas fornecidas ao idoso deixaram de sinalizar sobre a continuação dos medicamentos de uso contínuo, já utilizados antes da internação.

As dificuldades relacionadas ao entendimento sobre a continuação da medicação em casa, após alta hospitalar, foram associadas a falhas na Adesão aos Medicamentos (AM):

- Tem uns que têm consciência, mas tem uns que não sabem do risco que estão correndo, de não tomar a medicação (RC Manhã, 1:68).

Foram identificados relatos dos profissionais de saúde sobre a falta de AM, associada às dificuldades dos idosos na autogestão de medicamentos e reinternações hospitalares:

- Vou dar um exemplo, um paciente que vem por conta do Xarelto, está descompensado. Precisa tomar o medicamento em casa, geralmente não continua o tratamento, mesmo o médico dando orientação. Eles saem daqui e não dão continuidade. Geralmente a maioria volta (RC Manhã, 1:111).

- Agora em relação à medicação de uso contínuo eu acho que é mais orientação de ir ao posto, porque eles são muito simples (os pacientes), e não compreendem que tem que ir até à UBS. Então não sei se continua tomando a medicação. Essas são minhas preocupações (EM 1, 1:44).

A ausência do farmacêutico clínico na unidade de internação, para colaborar com a atividade de RM no processo de admissão, internação e alta, também emergiu nas falas dos profissionais de saúde, tanto nas RC, quanto nas entrevistas semiestruturadas:

- Antigamente, a gente tinha a farmacêutica que vinha e conferia a medicação dos pacientes clínicos. Depois parou de visitar os clínicos e vinha nos cirúrgicos. Agora não sei se vem mais. A gente vê que tem alguns médicos que pedem a medicação, receita e leva para salinha deles (Sala de Prescrição). Mas, tem outros que não (RC Tarde, 2:34).

- É uma coisa médica, não vejo a farmácia participando disto (EM 11, 3:26).

- *Antes, nós tínhamos a farmacêutica que vinha ajudar a gente, fazia essa parte de reconciliação e eles falavam: - 'isso tenho e isso eu não tenho', mas hoje em dia não tem mais. Então, isso fica a cargo do enfermeiro e do médico (EM 6, 2:34).*

Somada às falhas de RM no processo de admissão, internação e alta, houve relatos dos profissionais de saúde sobre a segurança do paciente, quanto ao uso dos medicamentos trazidos de casa para o hospital. Essa falta de segurança foi associada com o acondicionamento das medicações na mesa de cabeceira, do lado do leito do paciente. Esta rotina de guarda das medicações foi alterada, devido às precauções relacionadas a Pandemia COVID-19:

- *Hoje por conta do COVID a gente não usa tanto, a gente deixa nos quartos. Tinha uns bins (caixas de organização de materiais e medicamentos) no posto de enfermagem. Agora fica na mesa de cabeceira do paciente. Mas, a gente sempre orienta, observa o horário que está prescrito. Acontece muitas vezes deles dizerem: '- não, eu tomo tal hora', aí a gente orienta, - 'aqui o médico mudou o horário que você vai continuar tomando'. Muitas vezes cheguei lá, e o paciente já tinha tomado... Cheguei e: '- Já tomei'. Então tem este risco (RC Noite 2, 4:26).*

- *Agora na pandemia fica no quarto do paciente, mas fora da pandemia ficava no posto de enfermagem. O que é padrão, pede para levar para casa e orienta que não pode usar. Porque às vezes eles acabam tomando a do hospital, com a deles (EM 6, 2:33).*

Os medicamentos de uso contínuo, trazidos de casa, são controlados pelo técnico de enfermagem em sua rotina de administração dos medicamentos. Cabe ressaltar que, na observação participante não foi identificado um padrão para a conferência desses medicamentos guardados junto com os objetos pessoais do paciente:

- *É o Técnico de Enfermagem que fica responsável. Então quando não é padrão, sabe que não vem na fita da farmácia (medicamentos dispensados pela farmácia de acordo com prescrição médica), sabe que vai estar dentro da gavetinha, no quarto. Temos aqui as caselinhas no arsenal, mas com o COVID não pode trazer as coisas por ser contaminado. Então, fica dentro da gavetinha da mesa de cabeceira do paciente. O técnico fica responsável por acondicionar esses medicamentos e oferecer para o paciente (EM 9, 12:33).*

Durante a observação participante, foi possível identificar o acondicionamento de medicamentos de uso contínuo da mesa de cabeceira, ao lado do leito do paciente, as cartelas ou caixas de medicamentos ficam soltas na gaveta, com fácil acesso ao idoso internado.

A falta de segurança relacionada à guarda de medicamentos pode ser associada a falhas no processo de TC, do hospital para casa, conforme a fala de um idoso em sua entrevista no dia da alta hospitalar:

- Eu não sei se estas caixinhas de remédios são para eu levar. Estavam aqui na minha gaveta (I 5, 4:15).

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 6.

Figura 6 – Síntese temática, Problemas Relacionados a Medicamentos nas TC de idosos do hospital para casa

Problemas Relacionados a Medicamentos nas TC de idosos do hospital para casa

A síntese desse tema remete à necessidade de repensar a atividade de RM no processo assistencial da equipe de trabalho, considerando os Problemas Relacionados a Medicamentos, a organização e estruturação do plano terapêutico, a preparação do idoso, familiares e/ou cuidadores, para o entendimento sobre as medicações na TC, bem como a capacidade de autogestão do medicamento após a alta hospitalar. Dessa forma, na teorização há de se considerar a segurança do paciente no que se refere ao uso de medicações como um pilar na construção do Protocolo de TC do idoso do hospital, para casa, associá-lo à PBE e aplicabilidade na prática assistencial.

Fonte: elaborado pelo autor.

- **Rede de apoio familiar e a TC de idosos do hospital para casa**

A rede de apoio familiar foi considerada, pelos profissionais de saúde, como um eixo estratégico para transições do cuidado de idosos, do hospital para casa e preparação para alta hospitalar:

- Se esse paciente tem um familiar ou cuidador que vai dar o seguimento do tratamento em casa, se vai realmente ser tratado em casa ou vai para alguma instituição também acho importante (EM 4, 7:32).

- *Suporte social, garantindo que o paciente receba apoio dos familiares ou instituição, de acordo com sua necessidade. (EM 7, 8:4)*

Os idosos internados e acompanhantes também destacaram a necessidade do suporte da família durante a internação e nos cuidados pós alta:

- *Muita emoção, uma filha minha mora em Hortolândia. A outra mora aqui, na alta ela que vai vir buscar. Com certeza vai querer me levar lá (casa da filha), mas eu não quero ir embora. [...] Eu e o meu marido em casa, vamos precisar ficar 14 dias dentro de casa, então não adianta ficar lá (casa da filha) e o que ela puder fazer por mim, ela faz, já fez muito, falei assim 'é o anjo da mãe' (Referindo-se à filha) (I 16, 13:3/13:4).*

- *Tem eu e a minha irmã, vamos ficar com ela 24 horas por dia. Eu trabalho em São Paulo, mas estou de licença para ficar com ela o tempo que for necessário (Referindo-se ao cuidado da paciente pós-alta hospitalar) (I 19 Acompanhante, 16:14).*

- *O marido vai cozinhar para mim. [...] Ele (Referindo-se ao neto acompanhante), creio que vai cuidar de mim, porque se ele ficar doente eu vou cuidar dele (I 21, 17:6/17:10).*

Em relação à presença do acompanhante familiar durante a internação do idoso, também houve destaque nas falas dos profissionais de saúde sobre a sua importância nas TC, em especial, para a preparação antecipada de cuidados pós-alta hospitalar:

- *Porque muitas vezes a gente observa na troca de acompanhante. Às vezes vem um acompanhante que nunca ficou com o paciente aqui e não tem troca de informações entre eles, então fica mais nervosa em cuidar da mãe. A família tem que estar bem estruturada, bem-informada (RC Tarde, 2:5).*

- *A maioria dos pacientes com sonda sempre tem um acompanhante, é difícil os que estão sem acompanhante. Se é algum familiar eu já oriento, às vezes o próprio familiar pede para outro familiar vir, eu combino direto com ele. Aconteceu essa semana. [...] Seu W. foi um, a família veio, a gente orientou, toda a equipe multidisciplinar fez a orientação, eu fiz a minha parte, teve da fonoaudiologia (EM 4, 7:26/7:27).*

Ainda que os profissionais de saúde considerem a importância do acompanhante familiar durante a internação, nem sempre as expectativas são atendidas em relação à família do idoso:

- Hoje tem muita família que quer ficar, a gente vê o cuidado, mas na sua grande maioria devido ao protocolo de COVID, dá Graças a Deus. Porque antigamente ficava porque é obrigado pelo estatuto, porque acima de 60 anos tem que ter acompanhante e às vezes estavam por obrigação. Quantos acompanhantes que foram embora, que fugiram e largaram o paciente (RC Noite 1, 3:5)

- Tem paciente que não tem como o acompanhante ficar... A gente tem um caso, paciente acamado, com Alzheimer, ficou aqui sozinho. Aí no momento da alta a gente tem cinco minutos para explicar tudo para família. ‘- Sabe, ele está assim...’ Então, o acompanhante faz falta, mas também a família não tem como disponibilizar alguém para ficar. [...] Tem uma paciente, a dona C., ela veio da UTI para cá e aqui liberou o acompanhante. Quando a filha chegou aqui, ficou assustada de ver a mãe. Ela ficou assustada (RC Tarde, 2:51).

Em alguns relatos das RC emergiram conflitos entre o TE e a família/cuidador sobre a sua permanência durante a internação. Cabe destacar que estes profissionais passam o maior tempo da sua atividade profissional junto aos pacientes internados, dessa forma estão mais susceptíveis a estabelecerem relações com o idoso internado e seus familiares:

- Teve até um bate-boca comigo... ‘- Eu não vou ficar’. ‘- Não, o senhor vai ficar’. Tem que explicar toda aquela coisa do paciente ser maior de 60 anos e ele ser obrigado a ficar (RC Noite 1, 3:6).

- Tem uns que estão, mas não aceitam. E tem uns que estão e até exigem da gente. Eles pedem para ficar, exigem. Tem 8 e 80 (RC Noite 2, 4:8).

Durante a Pandemia COVID-19, com restrição de visitas e acompanhantes no hospital, a ausência da família durante o processo de internação foi percebida como algo negativo pelos profissionais de saúde:

- Eu acho assim, na minha opinião, que antes da pandemia, como a gente tinha mais acompanhante, era mais fácil de passar esta orientação, por que a

gente ia passando conforme a internação. Eu acho que agora, quando vem a família é muita informação (RC Tarde, 2:19)

- Agora na Covid ficou só para os que tem mais de 60 anos ou têm realmente necessidade, então sempre o acompanhante está sendo inserido porque é esse paciente que precisa de mais cuidado. [...] Quando chega paciente acamado com necessidade de acompanhante, paciente vindo da UTI, chamamos no mesmo dia. Chegou na unidade, já pedimos para ficar um acompanhante se tiver possibilidade, vai depender da disponibilidade do acompanhante, mas falamos que pode ficar o tempo inteiro até a alta (EM 7, 8:21/8:24).

De qualquer forma, durante a observação participante e nas falas de alguns profissionais da saúde, foi possível identificar que a equipe multidisciplinar estabeleceu flexibilização para a presença do familiar durante a internação. Isso aconteceu em especial para idosos, fora do período de transmissibilidade da doença (COVID-19), transferidos das Unidades Intensivas para Unidade de Internação Clínica, com alta dependência e com demandas importantes de cuidados durante a internação e necessidade de preparação para alta:

- Hoje na Enfermaria a gente consegue fazer algumas exceções devido ao horário, devido a dificuldades que os familiares têm de vir aqui... A gente cria uma exceção de horário. A gente faz uma cartinha, eles vêm e fazem a troca, conversando com o enfermeiro quando eles conseguem. Fazendo isso, a gente consegue ter o familiar presente nas 24 horas da internação desse idoso. Porque se seguirmos aquele horário das 14h às 15h e ficar 24 horas no hospital, a gente não consegue... Com essa exceção a gente consegue que bastante pacientes fiquem com os familiares (EM 10, 13:26).

- Muitas vezes, quando eles não podem ficar o tempo todo, a gente conversa para virem em determinados períodos, principalmente naqueles em que o paciente precisa de mais cuidado, ou se for o período da manhã que é o banho dele e tem curativo. 'Você pode vir neste período para aprender?' Porque eles não podem também ficar o tempo todo com o paciente (EM 6, 2:11).

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 7.

Figura 7 – Síntese temática, Rede de apoio familiar e a TC de idosos do hospital para casa

Rede de apoio familiar e a TC de idosos do hospital para casa

Ainda que não exista uma diretriz assistencial para integração do familiar/cuidador no plano terapêutico, nas falas dos profissionais da saúde emergiu a preocupação sobre o envolvimento da família de forma participativa, na preparação para a TC do idoso, do hospital para casa. Observam-se os relatos dos idosos, que reforçaram a importância da família no processo de reabilitação pós alta. Assim sendo, na fase de teorização, há de se considerar a rede de apoio familiar como um aspecto importante na TC do idoso, do hospital para casa, de forma que o familiar e/ou cuidador seja inserido ativamente na internação do idoso, com vistas à realização de TC seguras.

Fonte: elaborado pelo autor.

- **Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado**

A continuidade do cuidado do idoso, após a alta hospitalar, nos serviços de saúde que compõem a RAS foi tema relevante discutido nas RC e nas entrevistas semiestruturadas dos profissionais da equipe multidisciplinar:

- Dar continuidade para eles também. Ele costuma ir ao posto do bairro, se precisa de uma assistência para um curativo mais complexo. Precisa ainda ser assistido, não vai ser mais no hospital, mas ainda precisa ser em casa (RC Tarde, 2:7).

- Acionamento e articulação com os serviços de saúde que darão continuidade ao cuidado. Avaliar necessidade de inclusão de equipamentos de Saúde Mental e da Rede Socioassistencial (EM 5, 4:5).

- Continuidade dos cuidados em unidade de referência para a promoção da saúde. [...] Realização do pós-alta com as famílias para certificar sobre o encaminhamento e continuidade de tratamento pela UBS e Unidade de referência. Exemplo: PAD (Programa de Atendimento Domiciliar) (EM 9, 12:7).

No processo assistencial, a comunicação com a RAS ocorre por encaminhamentos realizados para APS, para Ambulatório de Especialidades e para realização de terapias complementares como fisioterapia e fonoaudiologia, conforme a fala dos profissionais de saúde:

- *Geralmente ele sai com um encaminhamento para UBS (RC Manhã, 1:124).*

- *No momento da alta são realizados encaminhamentos aos serviços de acompanhamento na rede de saúde onde o indivíduo é vinculado e realizado contrarreferência, fornecimento de receituário médico, solicitação de equipamentos e insumos necessários no domicílio (EM 7, 8:8).*

Esta contrarreferência do paciente para os serviços de APS ou Especialidades ocorre, formalmente, por meio do fornecimento do Relatório de Alta entregue para o idoso:

- *No prontuário eletrônico é bem simples, fazemos um resumo do que aconteceu, colocamos os exames laboratoriais, de imagem, alguma coisa que ele tenha feito, a evolução médica que colocamos ali. No final tem um campo: alta referenciada ou para UBS ou para o AME (Ambulatório Médico de Especialidades), são as únicas opções que o sistema dá. Geralmente, marcamos UBS, mas ninguém escreve uma cartinha para o médico '- olha o paciente está indo assim'. Não sei se precisa porque vai o relatório certinho. O relatório também vai do capricho que está dando alta, às vezes o colega escreve qualquer coisa e passa, não existe um modelo, não existe um padrão, mas eu tenho meu padrão de escrever. Às vezes é difícil, é uma alta da UTI que o paciente passou dois meses, não tem como escrever dois meses de relatório em algumas linhas. Vou escrevendo a minha história 'paciente ficou na UTI, entubado tantos dias, teve pneumonia e ficou muito grave, melhorou, foi extubado, foi para enfermaria, foi de alta'. Nos casos de COVID foram inúmeros que aconteceu isso. Isso é parte da alta médica no sistema (EM 11, 3:21).*

De acordo com este profissional, apesar do relatório ser padronizado na instituição, o conteúdo fica a critério do médico que o elabora. Na observação participante, ao realizar consultas no PEP dos idosos entrevistados, foi possível identificar que este documento é composto pelas seguintes informações: Data da Alta, Dados Gerais do Paciente, Tempo de Permanência no Serviço, Diagnóstico Principal e Secundário, Diagnóstico Inicial e de Alta, Exames e Tratamento. Todos os documentos avaliados foram preenchidos com a informação da última evolução médica e apresentavam registro do encaminhamento para UBS.

Além do relatório de alta e encaminhamento para serviços de saúde da RAS, como recursos de comunicação formal com a RAS, também são entregues no ato da

alta hospitalar: protocolo de acesso digital aos exames realizados durante a internação, relatórios da equipe multidisciplinar, tais como da fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e receita médica. Esses documentos do PEP são impressos em duas vias, sendo que uma é entregue para o paciente e a outra assinada por ele e arquivada em prontuário médico:

- *O relatório de alta, duas cópias. Uma via com senha e usuário para o paciente ter acesso aos exames que são realizados aqui. Então ele assina uma cópia, uma com a gente e a outra fica com ele (RC Tarde, 2:30).*

- *Tem sobre os exames de sangue. Porque às vezes ele colheu alguns exames aqui, aí tem um papel que você entrega e ele pode entrar no site. Ou ele vai até um posto com aquela folha e eles conseguem acompanhar (RC Noite 1, 3:21).*

O ato da alta hospitalar é conduzido pelo TE, o qual é responsável pela entrega desses documentos e pelas orientações:

- *O técnico de enfermagem tem um checklist de alta que ele leva para esse paciente ou para esse acompanhante, explicando: '- olha, aqui é o relatório de alta, aqui é onde você vai pegar os exames pelo QR Code, pela internet, as receitas e os encaminhamentos, atestado se tiver. Entrega para esse paciente ou acompanhante, ele assina que recebeu. Na hora que o carro chega lá na frente, o controlador de acesso liga e a gente o leva de cadeira. Quando é transporte público, o transporte vem buscar na unidade. Normalmente, o fluxo é esse (EM 6, 2:26).*

- *No final, quem entrega é o técnico de enfermagem (referente aos documentos no ato da alta). Entrega o receituário, algumas vezes tem orientação de alta (EM 10, 13:24).*

Para os profissionais da equipe multidisciplinar, a quantidade de documentos concedidos pelos TE no ato da alta pode contribuir para a falta de entendimento dos idosos e familiares sobre sua finalidade:

- *Porque eles acabam entregando um monte de papel e a família não consegue entender o que vai fazer. [...] Porque às vezes eles ligam para mim e perguntam: '- Não entendi!' Aí quando a família é mais orientada: '- Eu não entendi', então eu respondo: '- Tem que levar este papel para o posto de saúde' (EM 1, 1:39/1:40).*

- *Porque pega este monte de papel, a letra é muito pequena... Até entender que a contrarreferência é a UBS, que a referência de cuidado volta a ser, eu acho que fica quebrado (EM 5, 4:8).*

Na observação participante foi possível identificar que a entrega dos documentos de alta hospitalar, pelo TE, ocorre poucos minutos antes da saída do hospital, de forma muito rápida, o que reforça a fala dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre as dificuldades do entendimento das informações contidas nos documentos.

Os TE enfatizaram que a entrega dos documentos de alta não garante a continuidade do cuidado na RAS. Há dúvidas sobre o acesso do idoso aos serviços de APS, após a alta hospitalar, pela comunicação formal realizada pelo hospital.

- *Então, como funciona lá fora eu não sei, mas que a gente dá instrução tudo certinho e encaminhamento... Isso a gente faz! Agora se fazem lá fora, não tem como saber mais (RC Manhã, 1:45).*

- *Lá fora é mais difícil, porque tem o encaminhamento, mas quando chega lá que o paciente tem que correr atrás, é um pouco mais difícil (RC Tarde, 2:125).*

É possível acrescentar que, durante a Pandemia COVID-19, a unidade de internação clínica implantou um projeto de alta responsável. Consiste no envio do relatório de alta para o e-mail das UBS de referência do paciente e uma lista mensal com os nomes dos pacientes que receberam alta, do hospital para casa para DRS X, quem compartilha as informações para os gestores de saúde dos municípios. A responsável pela atividade é a assistente social da equipe multidisciplinar:

- *Eu verifico as altas do dia anterior e qual é a Unidade de Saúde pelo cadastro do paciente. Tem alguns municípios que, pelo bairro, já consegue identificar pela listagem que veio da DRS, é muito mais prático. O Município X é mais complicado, o posto não tem bairros, então às vezes não dá certo, então entro em contato. Eu mando e-mail e peço para confirmar, muitos confirmam. Se eles não confirmam, eu não sei como é do outro lado. Se eles não responderem, entendo que está correto. Às vezes não temos o feedback (EM 1, 1:37).*

Conforme a fala da assistente social, como não houve uma pactuação anterior, com os serviços da RAS sobre o fluxo de comunicação de alta responsável, via e-mail, há uma dúvida sobre a continuidade do cuidado nos serviços de APS. A profissional também destaca a incerteza a respeito da orientação ao idoso e familiares e em relação a comunicação do hospital com a APS, pois nas atividades rotineiras nem sempre isso ocorre:

- *O Serviço Social ficou responsável pela alta responsável. Quando o paciente tem alta, comunica às Unidades de Saúde. Eu acho que a gente tem que melhorar ainda mais. Acaba passando muitos pacientes que não são orientados, acaba fazendo só o comunicado do e-mail. Às vezes eu acho que precisamos nos articular. É difícil no dia a dia... Às vezes, têm pacientes que vão para enfermaria e já têm alta e não conseguimos orientar. Foi para enfermaria e não conseguimos fazer a visita ou não foi informado. Na hora que a gente vê, já foi (EM 1, 1:36).*

Na observação participante foi possível identificar que o envio por e-mail, nem sempre ocorre em tempo oportuno para continuação do tratamento da equipe de APS. As limitações de tempo da assistente social, que atende diferentes demandas durante sua jornada de trabalho, acabam prejudicando o envio diário da informação. De qualquer forma, esta atividade realizada pelo hospital tem grande potencial de desenvolvimento. De fato, pode ser aprimorada na discussão do Protocolo de TC do idoso, do hospital para casa, assim como a ampliação da atividade para outras doenças, além da COVID-19.

Somada aos dispositivos de comunicação formal com os serviços que compõe a RAS, os profissionais de saúde também destacaram as comunicações realizadas por telefone, em casos mais específicos de continuação do cuidado em casa, tais como oxigenoterapia e curativos para lesões por pressão:

- *Quando tinha um curativo a vácuo, eu lembro que elas (enfermeiras) ligavam para o postinho antes da alta, para perguntar se tinha como dar continuidade no curativo (RC Tarde, 2:46).*

- *Quando o paciente vai precisar de cuidados em casa, eu entro em contato para ver qual é a Unidade de Saúde, a família já fala qual é. Entro em contato, faço junto com a enfermeira, para verificar que tipos de curativo que tem de suporte, se é um PSF (Programa e Saúde da Família) que vão fazer a visita na casa, que tem enfermeiro, médico, fisioterapeuta, certo? Então ver estes cuidados. Se não é PSF, tem como entrar em contato com o PAD, que é o Programa de Atendimento Domiciliar para pacientes acamados. Acaba sendo mais este contato de curativos que o enfermeiro fala (EM 1, 1:34).*

- *Quando é paciente com lesões por pressão, o enfermeiro do setor entra em contato com a UBS de referência, conversa com o enfermeiro sobre a lesão e coberturas utilizadas no hospital (EM 9, 12:9).*

Ainda que esta atividade ocorra na rotina do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, em uma fala emergiu que o contato telefônico ocorre para algumas situações de cuidados domiciliares. No entanto, isto nem sempre acontece para outros cuidados, o que evidencia falta de definição de prioridades para o acionamento dos serviços de saúde para dar continuidade aos cuidados domiciliares:

- O que eu tenho conhecimento é somente quando tem lesão por pressão (LPP). Não acontece a continuidade, por exemplo, quando o paciente é acamado, mas não tem lesão, qual vai ser o cuidado se for com a sonda enteral, ou vesical (EM 9, 12:27).

Sobre a relação com os serviços de saúde que compõem a RAS, houve falas heterogêneas. Alguns destacam a facilidade na comunicação com os profissionais de saúde e a facilidade em articular as ações para a TC:

- Eles são bem receptivos, assim... do cuidado. Muitas vezes já conhece o paciente, muitas vezes já é PSF, já fazem visita, o Agente de Saúde já conhece a família. Então, tem casos que é muito fácil de lidar: '- eu já sei, já conheço, vou até lá'. E eles ajudam muito. [...] São bem parceiros, não têm muita dificuldade nisso. Porque eles vão dar continuidade mesmo no tratamento, no cuidado. Geralmente são pacientes que já vêm com uma demanda do posto de saúde, então já conhecem como que é (EM 1, 1:35/1:51).

Nesse tocante, algumas falas destacaram o interesse de alguns serviços de saúde da RAS em compreender o trabalho realizado no hospital e propor fluxos de TC:

- Há uns dois anos atrás nós fizemos uma reunião com representantes da Rede de Saúde Mental de um município. Vieram duas representantes (no hospital), elas me entregaram as listagens de todos os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade, por região e como eu encaminho. Então eu sigo muito este fluxo. Oriento o paciente, os horários que ele precisa levar, porque é importante, faço a psicoeducação e faço esse encaminhamento. Já teve casos de precisar ligar e fazer o contato na unidade para perguntar se este paciente estava acompanhando no serviço, mas é mais isto, mais neste nível de intervenção. O contato com a rede, para ser sincera é pouco, é mais aqui mesmo (EM 5, 4:18/4:19).

- Já a responsável por essa central de fisioterapia daqui do município entrou em contato comigo por conta da COVID, ela fez o contato via telefone, '-

como poderíamos fazer, como seria esse encaminhamento’, fizemos o encaminhamento junto com a equipe médica e a assistente social. Foi encaminhado esse paciente, então, esse contato foi feito comigo. Recentemente, ela entrou em contato e falou que os pacientes estavam indo direto para lá, e que não poderia porque eles devem ser encaminhados para UBS (EM 3, 6:39).

De qualquer forma, são articulações pontuais e fragmentadas que estes serviços realizam, assim como as efetivadas pelo hospital, as quais não representam um plano estratégico de trabalho em rede, conforme a complementação das falas:

- Eu acho que a gente acaba ficando distante pela realidade do hospital. Também nunca fui ativamente para criar alguma conexão mais específica, mas tivemos este encontro com a rede de saúde mental aqui do município, uma vez. Não temos laços estreitos, acho que acaba ficando distante. [...] É bem desconectado, neste ponto da saúde mental acaba ficando desconectado. E quando precisamos, buscamos mais ativamente (EM 5 – 4:25/4:26).

- Quase nulo (Sobre o contato do hospital com os serviços de saúde da RAS). Precisamos conversar uma vez sobre uma paciente específica, ela iria ser absorvida pelo PAD do município. Eles vieram aqui, a fisioterapeuta conversou comigo sobre o que estávamos fazendo, quais os equipamentos respiratórios estávamos usando, parte motora, enfim, perguntaram tudo e tivemos uma interação bacana. Ficou mais de um ano e foi embora até sem bipap, mas eles vieram aqui sim, vieram treinar, saber o que estávamos fazendo, tudo certinho, foi feito um trabalho bem interessante com ela. Mas, fora este caso, não tivemos contato algum (Em relação aos contatos realizados direto com os municípios pelo serviço de fisioterapia) (EM 3, 6:40).

- Aqui no Regional eu nunca tive essa relação com o PAD, de conversar com os profissionais, mas eu já conheci cuidadores que estavam com profissionais do PAD aqui no hospital, que no caso é paciente que já veio acompanhado por eles e estava com técnico de enfermagem, porque era conhecido do paciente. Eu conversei um pouco sobre o trabalho deles, mas eles são rede básica, eu nunca tive essa interação (EM 4, 7:23).

- A gente não tem essa informação depois que ele vai de alta. Durante a programação de alta, a gente conversa e recebe e-mail de volta do município de origem. Após a alta do paciente, a gente perde totalmente este contato. Muitas

vezes, eu queria saber a evolução de uma LPP, se conseguiu decanular o paciente, se ele conseguiu evoluir para alimentação via oral. Nós não temos esse feedback (EM 10, 13:16).

Além disso, foram apontadas pelos TE fragilidades sobre a continuidade do cuidado após a alta hospitalar:

- *Um exemplo é o J.C, não é? Cirrose, ele sai daqui e no outro dia está bebendo de novo* (RC Manhã, 1:113).

- *Paciente está bem, está estável...Eles imaginam que o paciente está bem..., mas, o nosso bem e estável, é diferente da visão da família...Teve uma paciente na UTI que ficou três meses, entre intubação. Teve alta de manhã, foi para casa ... foi orientada que não podia dar água, isto, aquilo... Foi parar na UPA, broncoaspirou e foi a óbito... Depois de três meses aqui* (RC Tarde, 2:54).

A falta de habilidade do paciente, familiares e/ou cuidador para gerenciar o estado de saúde acaba sendo evidenciado pelas reinternações. Na vivência profissional, os TE reconhecem os pacientes que acabam voltando para instituição:

- *Dá dois, três meses e ele volta. Acho que já voltou três ou quatro vezes* (RC Manhã, 1:114).

- *Muitos acabam não cuidando por falta de instrução, o paciente volta para cá. Quantos casos já não voltou para cá? Fica três meses e volta!* (RC Manhã, 1:106).

A relação das readmissões hospitalares impacta o custo para o sistema de saúde, demonstrada na fala de um TE:

- *Tem paciente que vai embora hoje, dá três dias e ele volta* (reinterna). *Por que recebeu alta? Imagina o gasto com isso* (custo da reinternação) (RC Noite 1, 3:35).

Se por um lado os profissionais da equipe multidisciplinar apontaram nas suas falas, falhas na relação com a RAS, por outro, alguns idosos entrevistados relatam vínculos estabelecidos com a UBS de referência:

- *Lá eles são muito bons com a gente. Toda semana elas passam, elas procuram para ver como a gente está* (Sobre atendimentos na UBS de Referência). [...] *Tem tudo certinho. No posto eles deixam tudo certinho. Eu vou para reunião também. De três em três meses tem a reunião para pegar o remédio* (Grupo de Hipertensão na UBS) (I 4, 3:22/3:28).

- *Eu tomo um zolpidem para dormir, então, quando acaba eu vou lá* (Sobre a UBS de Referência) (I 9, 7:21).

- *Eu fiz exame de mama, o que mais que eu fiz? Sei que fiz alguns exames. [...] Papanicolau. [...] Imagina, não faz nem um ano que eu fiz.* (Sobre acompanhamento de saúde em serviços da RAS) (I 10, 8:16/8:17/8:18).

- *Eu acho que não deu um ano não, porque eu tive aquele herpes. [...] Zoster, aqui na barriga, não saiu nada, saiu meia dúzia de pintinhas. Eu fui ao posto e a Dra. C. que estava atendendo, passou toda a medicação, sarei logo, graças a Deus* (I 17, 14:20/14:21)

Os idosos, apesar de relatarem vínculo com serviços de saúde da RAS para acompanhamento da saúde, destacaram que, durante a Pandemia houve descontinuidade no acompanhamento da doença crônica:

- *Por causa desse COVID... Eu marco a cada seis meses e eu vou. Agora eu em casa, a hora que melhorar, que estiver tudo normal vou procurar o cardiologista, vou fazer um ecocardiograma. [...] Ah... Já faz tempinho... [...] Bem antes da COVID, acabei não voltando mais* (Sobre o acompanhamento da doença crônica) (I 2, 1:36/1:37/1:38).

- *Mas, não deu tempo... devido a tudo que aconteceu* (Sobre o acompanhamento da doença crônica). *Porque eu tinha consulta que estava marcada com a médica, só que iniciou o COVID e eu parei com tudo* (I 3, 2:68).

- *Eu tinha marcado para levar os exames de rotina, colesterol, essas coisas, mas eles desmarcaram por causa da pandemia, então estão atendendo mais os casos de COVID, esses outros casos ficaram para depois, que não tem tanta urgência. [...] Esse ano eu tinha marcado para abril, acho que para dia 24, eles ligaram desmarcando porque estavam iniciando as vacinas* (I 22, 18:13/18:14).

- *Eu tinha, mas não deu tempo. [...] Era para saber o resultado do exame de sangue mais um outro* (Referindo-se à consulta perdida durante a internação) (I 23, 19:22/19:26).

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 8.

Figura 8 – Síntese temática, Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado

A Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado

Ainda que os profissionais da saúde, que realizam assistência na unidade de internação, tenham uma visão fragmentada e parcial sobre as possibilidades de acesso do idoso aos serviços de saúde e sobre as prováveis pontes que possam favorecer a TC do idoso do hospital para RAS, há evidências de que o fortalecimento dos pontos de comunicação entre o hospital e os serviços de saúde possam favorecer a continuidade do cuidado do idoso, pós-alta hospitalar, de forma mais organizada, tendo em vista os vínculos já estabelecidos pelos pacientes com a APS. Nesse sentido, durante a construção do Protocolo de TC é importante considerar estratégias de fortalecimento da relação do hospital com os diferentes serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a APS. Destaca-se que os recursos utilizados pelo hospital para comunicação formal, por meio de documentos de alta, e-mails ou telefonemas, são potencialidades do processo assistencial já implantados, que deverão ser fortalecidos e/ou melhorados, por uma maior compreensão da RAS, bem como, envolvimento do idoso e seus familiares no contexto da TC.

Fonte: elaborado pelo autor.

• Processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa

Na rotina de trabalho da equipe multidisciplinar, foi possível identificar diferentes atividades assistenciais que se configuram como estratégias, para o seguimento do idoso durante a admissão, internação e alta hospitalar. Dentre elas, destacam-se a visita multidisciplinar, o acionamento dos profissionais da equipe multidisciplinar, a conferência familiar (encontros para orientações e decisões compartilhadas entre equipe multidisciplinar e membros da família), o boletim médico, os fluxos de solicitação de dispositivos e materiais disponíveis na rede de saúde ou social dos municípios e a preparação para alta.

Algumas dessas atividades são desenvolvidas na rotina diária da unidade de internação clínica, apesar de ainda não normatizadas. Outras, são desencadeadas de forma intuitiva, geradas por demandas assistenciais. De uma forma geral, o tema da TC do hospital para casa permeia as falas dos profissionais de saúde, quando estas atividades são descritas por eles. Ainda que de forma segmentada e desarticulada de

um plano terapêutico, são atividades com forte potencial para compor o Protocolo de TC do idoso, do hospital para casa.

A visita multidisciplinar ocorre de segunda a sexta-feira, no período da manhã. Durante a observação participante foi possível identificar que a atividade tem duração média de 30 minutos e ocorre no posto de enfermagem. É conduzida pelo médico diarista e acompanhada pelos membros da equipe multidisciplinar, dentre eles, enfermeiro assistencial, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. Nesta atividade, os profissionais de saúde se alinham quanto ao tratamento proposto durante a internação, definem terapêuticas, discutem o PA e necessidades de dispositivos de saúde a serem utilizados pós-alta hospitalar. Os profissionais de saúde, nas suas falas, descreveram o seu objetivo:

- Na Enfermaria, o médico acaba passando todos os casos e aí quando é de cada área, ele aciona. Esse é do Serviço social, '- Olha, tem que tomar uma posição em relação ao oxigênio, comunica com família'. Então, ele vai passando o estado clínico de todos os pacientes. A gente acaba sabendo um pouquinho. Mas, ele vai especificando o que é da área de cada um (EM 1, 1:14).

- Na visita multidisciplinar a gente fala de todos os pacientes internados. Então, são vários profissionais: médico, enfermeiro assistencial, enfermeiro horizontal (enfermeiro diarista/chefia da unidade assistencial), fonoaudiologia, nutricionista, serviço social, fisioterapeuta. Identifica o paciente, qual a patologia, como estamos tratando, exame pendente, dispositivos que ele está usando e ali a gente discute, dá opinião sobre aquele tratamento. Ele está com O2 (oxigenoterapia) há tantos dias: '-Dr. você acha que ele vai ficar dependente de O2 domiciliar, ou não?' -'Não, acho que a gente consegue desmamar', '- Não, não sei, tem tantos dias...'. '-Então, vamos começar a pensar em solicitar O2 domiciliar'. Nessa visita a gente discute como o paciente está e muitas vezes não discutimos só a saúde física, a gente começa a ver a parte psicológica, social. A gente vai mandá-lo embora? Mas, ele vai ter suporte ou não? (EM 6, 2:14).

- No nosso round diário é levantada todas as necessidades, durante o processo de internação e não no dia da alta, e vamos trabalhando isso. A nutricionista orienta sobre a dieta, como vai ser feito, '- esse paciente tem condições de ir embora com sonda enteral?' (EM 7, 8:11).

Neste espaço ocorre a definição da previsão e programação de alta:

- *Na visita multidisciplinar o médico fala como está o paciente. Cada um da equipe fala como está o paciente. Ele fala: '- porque eu estou programando a alta para amanhã ou para depois de amanhã, o paciente já está em condições de alta'* (EM 8, 11:11).

- *Nós fazemos uma previsão de alta, não damos alta de uma hora para outra. Vemos todos os aspectos, nutricional, clínico, cuidados do enfermeiro, fisioterapia. Todo dia de manhã temos uma reunião com o médico diarista, fazemos a visita multidisciplinar e discutimos todos esses aspectos, como está o paciente, como a gente pode programar a alta* (EM 10, 13:7).

Uma fragilidade desta atividade é a falta de registro em um relatório específico em PEP, conforme a fala a seguir:

- *Eu acho... Ou melhor, eu vejo, agora estou na Comissão de Prontuários, tem muita coisa que falamos na visita multidisciplinar que não é registrada. Então, muitas vezes, a gente se preocupa, manda e-mail, ensina os cuidados, mas a única coisa é que não é registrado. Isso fica sem registro* (EM 6, 2:28).

Por mais que ocorram discussões importantes, a transferência da informação para outros profissionais de diferentes plantões ou para aqueles que não participam da atividade fica prejudicada. Em uma fala, o profissional da saúde, ficou em dúvida se a atividade ainda era realizada no setor:

- *Quando é o paciente mais dependente, antigamente, acho que não está tendo, tinha as visitas multidisciplinares e íamos programando as coisas, já sinalizando. Precisava de sonda, a nutricionista já anotava, já ia atrás das coisas ou então precisava aguardar a fonoaudiologia, ela passava no dia seguinte e avaliava. Ou uma questão de curativo, da enfermagem* (EM 11, 3:36)

Em outra fala, um profissional do plantão noturno descreveu sobre as falhas de transferência de informação dessa atividade assistencial:

- *À noite não temos a visita multidisciplinar, fica restrito para parte da manhã e algumas vezes a gente não tem informação do paciente, do que foi discutido. Temos a evolução multidisciplinar, mas não é sempre que acontece a anotação no sistema* (EM 10, 13:21).

Os TE também não participam da atividade, conforme a fala a seguir:

- *O técnico de enfermagem não participa da visita multidisciplinar* (EM 6, 2:15).

Nesse sentido, eles descreveram que as informações discutidas na atividade acabam se perdendo no contexto assistencial:

- Como tem o round, entre eles acho que fica mais claro, mas a gente não participa. Nem sempre dá tempo de sentar um a um e passar, este planejamento (RC Manhã, 1:88).

- No round deles ali que eles fazem debate, eles falam: ‘- Ah estou dando alta para tantos dias’. Se você ficar perto, acaba ouvindo (RC Manhã, 1:92).

Outro dispositivo de comunicação e seguimento do idoso durante a internação é o acionamento dos membros da equipe multidisciplinar, quando identificadas necessidades de avaliações, terapias especializadas e organização da alta hospitalar. Na observação participante foi possível identificar que esta atividade acontece de forma espontânea, sem um padrão estabelecido, ou critérios determinados pelas especialidades terapêuticas:

- O enfermeiro, o médico, a fisioterapeuta. Fisioterapeuta me acionou hoje devido ao BIPAP que vai precisar para alta. Então a gente é acionado pela equipe. A fisioterapia também pelo WhatsApp quando ela não me encontra aqui. É parceria mesmo (EM 1, 1:28).

- Essa discussão de caso não ocorre só quando a equipe multidisciplinar se reúne junto aos médicos e enfermeiros do setor, ‘- vamos fazer a visita multidisciplinar’. Eu, como fonoaudióloga, às vezes para atender uma paciente, procuro a fisioterapeuta, já vou discutindo, pensando na alta para esse paciente. Então, a própria equipe multidisciplinar, sem antes o médico solicitar já tem a visão, se organiza (EM 2, 5:7).

- Após pontuar as necessidades, é acionado os profissionais da equipe multidisciplinar para cada um na sua especialidade (EM 8, 11:6).

Apesar da ausência de critérios padronizados de acionamento e de definição, de maior ou menor atenção da equipe multidisciplinar para a realização de TC, do hospital para casa, na prática, os idosos que demandam mais cuidados em casa acabam sendo priorizados para o atendimento da equipe multidisciplinar:

- Em casos mais específicos, geralmente de maior complexidade, seja por questões orgânicas e/ou psicossociais, a equipe multidisciplinar passa a atuar mais diretamente com o paciente e/ou grupo familiar para avaliação e tratamento das demandas (EM 5, 4:9).

- *Em pacientes com longo tempo de internação, e que necessitarão de maior atenção no domicílio, a equipe multidisciplinar tende a ser acionada para participar da transição. Geralmente a equipe de enfermagem e médica atua mais próxima ao familiar, já que a equipe multidisciplinar é pequena e, muitas vezes, prioriza os atendimentos (EM 3, 6:7).*

- *Se é um idoso que previamente era ativo e teve uma pneumonia, teve um AVC (Acidente Vascular Cerebral), teve alguma coisa que vai precisar de cuidado, aí não basta ele ficar estável, basta entender o que vai acontecer com ele depois, que seria essa transição do cuidado (EM 11, 3:14).*

Uma vez que não há critérios estabelecidos de acionamento da equipe multidisciplinar e de definição, de maior ou menor atenção da equipe multidisciplinar, observa-se nas falas que há fragilidades neste processo:

- *Quando são casos mais graves, que precisam de orientação, a gente acaba em grupo tendo mais isto do planejamento, de construir esta alta responsável. Mas, eu acho que falta também... na hora de dar a alta da enfermaria, eu acho que a família tem que ser mais bem orientada (EM 1, 1:39).*

- *Eu vejo também uma desorganização no sentido de chamar a equipe. Em que momento que eu tenho que chamar esta equipe? Que hora que eu vou reunir fisioterapia, nutrição e psicólogo? Então, é fragmentado. Muitas vezes eu tomo a frente disso ou às vezes a psicóloga, por exemplo, ou a assistente social ‘- vamos reunir?’ (EM 3, 6:14).*

- *No hospital são realizados poucos acionamentos do profissional de nutrição para realização de orientações nutricionais de alta dos pacientes idosos. Tal atividade concentra-se nos indivíduos que utilizam sonda nasoenteral para alimentação. [...] Mas, os pacientes que vão embora com dieta via oral, acredito que fique um pouco falho nesse acionamento da nutrição (EM 4, 7:7/7:13).*

Em uma das falas, o profissional de saúde observa que houve falhas no acionamento, gerando problemas na condução terapêutica do idoso e na preparação para alta hospitalar:

- *Já acompanhei, estava avaliando o paciente no leito A, e o paciente do leito B estava de alta, prontinho para ir embora e esse paciente começou a tossir do nada. Na época, tinha acompanhante e era uma senhora de idade também, perguntei a ela como era essa tosse, ‘-você deu água para ela?’ Porque eu estava de costas e ela respondeu ‘- não dei nada, ela se engasga assim em*

casa', acabei fazendo uma avaliação e ela saiu com uma prescrição de fonoaudiologia no momento da alta (EM 2, 5:34).

Para os idosos com baixa demanda de cuidados domiciliares, há evidências nas falas de que a equipe multidisciplinar tende a se envolver menos nas demandas de saúde, na recuperação da saúde do idoso e continuidade do cuidado nos serviços de saúde da RAS:

- Em geral, quando se trata de idosos que já possuíam o diagnóstico da doença crônica previamente e já realizavam acompanhamento na rede, acredito que seja realizada apenas orientações gerais sobre retorno e continuidade do acompanhamento pela equipe médica e enfermagem) (EM 5, 4:7).

- É só o relatório de alta. O médico coloca a Unidade Básica de referência e só (EM 9, 12:30).

- Isto já não acontece com os pacientes que não demandam tantos cuidados. Como eles já estão mais estáveis, estão mais íntegros na alta, então a gente não tem essa orientação de forma escrita, porque não precisa, não tem traqueostomia, não tem curativo e a gente não passa encaminhamento para unidade de saúde (EM 10, 13:15).

Nesse sentido, uma profissional de saúde, enfatizou que o processo de TC pode ser falho para estes idosos:

- Eu acho que é falho nessa parte, a gente às vezes foca na lesão, e às vezes aquele paciente que precisa de um cuidado na deambulação, na alimentação, na parte de fisioterapia motora, na qualidade de vida que vai ter na residência, acredito que seja falho (EM 9, 12:30).

A conferência familiar também é uma atividade realizada pela equipe multidisciplinar no setor de internação clínica:

- A conferência familiar acontece quando o médico solicita o contato da família. Geralmente, é para uma programação de alta, ou quando o paciente não tem mais possibilidade de tratamento no hospital. Eu ou a Psicóloga entramos em contato com a família, marcamos um dia. A gente conversa junto com o médico. Acompanha quando não tem mais possibilidade terapêutica, ou, quando a família tem muita dúvida, marca a conferência (EM 1, 1:29).

- Então nós sentamos e conversamos com essa família, explicamos o caso e deixamos eles à vontade. A visita é feita à beira leito ou é feita na sala do Serviço Social junto com a psicóloga (EM 2, 5:24).

Como as demais atividades assistenciais desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, ela também ocorre de acordo com a demanda do idoso. Não há critérios estabelecidos para sua programação, dessa forma, pode acontecer atrasos na sua realização, conforme fala a seguir:

- Porque primeiro vai ter uma conversa (conferência familiar), depois ele vai vir para fazer o treinamento, então muitas vezes eu acho que a equipe demora para dar o start para que isto aconteça (EM 3, 6:15).

Há também falas sobre as dificuldades observadas na relação com a família e a baixa efetividade em alguns casos:

- Às vezes temos duas ou três reuniões para explicar e às vezes saem daqui sem entender (EM 5, 5:11).

- Já aconteceu de familiar que ficou assustado, falou ‘-nossa toda essa carga vai ser para mim’, já tivemos experiência de revolta, ‘-nossa eu deixei meu pai assim e vou levar ele assado’, ‘-eu deixei ele sem úlcera nenhuma e agora vocês vão me entregar desse jeito, acamado’, então, é duro para nós porque falamos:- ele sobreviveu, mas sobreviveu a que custo, que custo que estou devolvendo-o à sociedade? É isso que temos que pensar, que muitas vezes temos que preparar, porque a família vai receber um paciente diferente do que deixou aqui (EM 6, 6:34).

Outra atividade assistencial que foi implantada durante a Pandemia COVID-19, devido às restrições de acompanhante e visitantes ao idoso internado, foi o boletim médico. Trata-se de ligações telefônicas diárias realizadas pelos médicos aos familiares, para informar o estado clínico do paciente, a sua evolução, bem como realizar orientações médicas de alta hospitalar:

- Porque o médico já começa com o Boletim. Então, através do Boletim já passa informação do paciente para a família. O acompanhante já consegue saber como está o paciente, o que ele vai precisar em casa, o que não vai. Às vezes uma cadeira de banho, às vezes uma cama. Então começa com o Boletim (RC Tarde, 2:11).

Um profissional relatou sobre a melhora da comunicação realizada com a família, por meio do boletim médico, contudo destacou que pode ser uma ação insuficiente para a preparação da família para os cuidados do idoso em casa:

- Eu vejo que isso melhorou muito de uns tempos para cá, principalmente, por conta do COVID, que não temos a família muito presente, então eu acho que

o pessoal melhorou nesta questão do boletim médico de passar o que está acontecendo. Mas, eu vejo que não é falado que o paciente está mais acamado agora, ele vai embora com muitas sequelas motoras, ele vai embora com uma LPP que vai ter que ser cuidado em casa, então eu acho que falta isto (EM 3, 6:13).

De qualquer forma, foi um dispositivo de comunicação avaliado como positivo, por um acompanhante durante a entrevista com um idoso:

- Todos os dias, das 15h às 18h. Teve um sábado que ficamos desesperados porque não ligavam, mas ligamos aqui e foi uma loucura aqui. Foi um sábado só..., mas após a nossa ligação, esperamos um pouco e já ligaram. Foi muito legal mesmo, do médico [...] Dava para ter uma noção. Só no primeiro dia que assustamos, porque falou o que é era... realmente, no primeiro dia, quando a mãe veio... eu não lembro o nome da doutora... falou as possibilidades, tudo. Mas, falou que era para mãe estar aqui, ‘- vamos fazer de tudo para dar certo’ (I 3 Acompanhante, 2:44/2:45).

Os fluxos de solicitação de dispositivos e materiais disponíveis na rede de saúde ou rede social dos municípios, para organização do domicílio, também foram descritos como atividade da equipe multidisciplinar para realização da TC do idoso, do hospital para casa:

- Da dieta, agora a nutricionista orienta, então ela orienta para a família ir até a DRS. [...] Aí eu oriento onde o acompanhante ou o familiar tem que levar no município para dar entrada na solicitação de O2. Eu peço para vir aqui ou o acompanhante já está no quarto, oriento como é (EM 1, 1:17/1:20).

- O que eu preciso pedir, o que o sistema me dá? Será que eu vou conseguir a dieta enteral para ele? Ele vai ter suporte para fazer curativo da LPP? (EM 6, 6:18).

- Faz um relatório para prefeitura, manda e-mail, quando o município X libera, quando é outro município é outra situação, então cada município tem um sistema diferente e a gente faz uma papelada básica (Sobre oxigenioterapia domiciliar) (EM 11, 3:17).

O PA foi tema amplamente discutido pela equipe multidisciplinar e considerado recurso importante para uma TC segura e de qualidade:

- É o planejamento dessa alta, porque pelo planejamento eu consigo ter uma ligação maior com a família, a equipe multidisciplinar se programa melhor

para a orientação e para buscar o que o paciente precisa no município. É o tempo que nós temos, é uma questão de organização mesmo (EM 3, 6:44).

- Planejamento de equipe multiprofissional envolvendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, família em reuniões para tomada de decisões e a realização do treinamento familiar; realização de grupos junto à família e equipe multidisciplinar. Atuação diária dos profissionais aos cuidados e treinamentos à família (EM 9, 12:4)

- Planejamento do processo de alta hospitalar e educação do paciente e familiares/cuidadores através do envolvimento destes pelos profissionais de saúde no processo de cuidado em tempo hábil durante o período de internação para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio e entendimento deste processo pelos mesmos, evitando assim procuras frequentes dos serviços de emergências (EM 7, 8:2).

A associação do PA com atividades assistenciais, tais como educação em saúde, treinamento, preparação do idoso e familiar, para a realização dos cuidados domiciliares foram enfatizadas pelos profissionais de saúde:

- O mais importante é a família estar preparada. Por exemplo, tem um paciente que chega andando e depois a família recebe acamado. [...] Muitos acabam não cuidando por falta de instrução (RC Manhã 1:105).

- As informações, os cuidados que vão continuar em casa. Se for idoso tem que ver sobre queda, sobre curativo (RC Tarde 2:6).

- Apreender os cuidados necessários para continuidade em domicílio ou instituição (EM 1, 1:6).

- Mais importante: familiares cientes da doença e do tratamento proposto; familiares presentes, envolvidos no cuidado e capacitados para tal. [...] Sonda vesical a mesma coisa, se precisar trocar sonda onde vai trocar, quem vai cuidar dessa sonda, como esvaziar a bolsa. Paciente que não era acamado, ficou acamado, tem que treinar, como trocar de fralda, como dar banho no leito, como fazer tudo isso. Oxigênio domiciliar, quem vai providenciar a máquina de oxigênio, às vezes é cilindro, quantas horas por dia ele vai usar (EM 11, 3:4/3:18).

De acordo com os relatos, as atividades de preparação para a continuação dos cuidados em casa ocorrem durante o processo assistencial, sendo que o idoso e família são integrados no cuidado realizado pela equipe multidisciplinar:

- *Entrar, conversar durante o banho ou curativo, a dieta. O enfermeiro entra no quarto e vai explicando, ou o próprio técnico pode ir falando para ele: 'olha, estou fazendo assim, tem que tomar cuidado com isso'. Pelo menos à noite eu tenho participado. Mesmo porque é uma coisa muito importante, porque depois você não sabe como o paciente vai ficar. Então é importante que, antes da alta, prepare ele para isso* (EM 8, 11:19).

- *Durante o período em que se encontra na unidade de internação, a família é integrada nos cuidados ao paciente, como banho, higiene íntima, alimentação, curativos, para que no momento da alta médica esteja segura com relação aos cuidados domiciliares e restabelecimento e/ou qualidade de saúde do paciente* (EM 9, 12:11)

A identificação do grau de instrução do idoso, familiar e/ou cuidador foi enfatizado nas falas de alguns profissionais da equipe multidisciplinar:

- *Há de se atentar também ao nível de compreensão de cada paciente/rede de apoio e adequar a linguagem* (EM 5, 4:4).

- *Ficar atentos com relação às necessidades e identificar o grau de instrução do cuidador* (EM 2, 5:2).

- *O grau de conhecimento/entendimento dos familiares* (EM 8, 11:2).

A comunicação efetiva também é ressaltada na fala dos profissionais de saúde, como estratégia de preparação do idoso e família para a alta hospitalar:

- *Comunicação efetiva desde a etapa de planejamento entre equipe - paciente - família. Observa-se que, quando o paciente e o grupo familiar compreendem previamente o 'por quê' das ações/transferências/encaminhamentos; e a quem ele deverá recorrer em caso de necessidade, tende a haver menor resistência e maior segurança no momento da alta hospitalar* (EM 5, 4:2).

- *Esclarecimento para familiares e/ou cuidadores sobre os aspectos da doença: o que eles podem esperar? Prognóstico/futuro do idoso; Equipe: ouvir de familiares/cuidadores suas dúvidas no cuidadocurso da doença/dificuldades* (EM 3, 6:2).

Um dos profissionais ressaltou, de forma positiva, a participação da família no processo de preparação para a alta:

- Eles são muito curiosos, não sei se por conta do acesso à informação, eles sempre questionam as ações que a gente está fazendo, questionam o quadro da paciente. Às vezes, antes da programação de alta, acabam participando do cuidado por parte da enfermagem. A gente ensina a fazer a massagem de conforto, a gente estimula a mudança de decúbito, estimula a ingestão hídrica e a nos chamar caso ocorra alguma coisa. Então, muito antes da programação de alta, eles já começam a cuidar do paciente (EM 10, 13:26).

Alguns profissionais destacaram que as orientações de preparação para alta também devem ser fornecidas por escrito:

- Então, aí que entra a parte escrita. Nessas altas que o paciente demanda de um cuidado maior devido à sonda, uma traqueostomia, muitas vezes, o cuidado com curativo. Tem bastante saindo com traqueostomia... A gente está fazendo, mas por pouco tempo, uma orientação por escrito. Então, a gente faz passo a passo de como tem que ser a higienização da traqueostomia. Passo a passo de como realizou e está realizando o tratamento do curativo (EM 10, 13:13).

- De repente, algo que eu vivenciei em outra instituição, era deixar no sistema orientações de diabetes, hipertensão, dislipidemia para que a própria enfermagem (se eu não conseguir dar esse acompanhamento) imprimisse e entregasse para o paciente. Não é o ideal, como eu orientar, conversar e explicar, que seria a tal da alta responsável, mas eu poderia disponibilizar esse material para eles entregarem. Seria um meio caminho andado (EM 4, 7:31).

A preparação para a TC foi destacada pelos acompanhantes dos idosos com alguma necessidade especial de cuidado em casa:

- Papai conversou com a assistente social e já falou tudo isso, do atendimento tanto da assistente social no começo de tudo, de estar ligando para gente e dos médicos. [...] Eu ajudei a trocar fralda, dei banho. [...] O médico passou e falou que deu alta, tudo certo. Falou que dará vitamina para fortalecer, vai dar encaminhamento para o fisioterapeuta. Mas, agora é vida que segue, tomar cuidado e ir para casa (I 3 Acompanhante, 2:42/2:58/2:61).

- Às vezes, uma coisa ou outra as técnicas mesmo conversavam com a gente. Comigo, enquanto estou aqui, foram mais as técnicas que davam algumas

dicas, na hora que a gente estava fazendo algum procedimento nela, elas já davam algumas dicas. [...] É, coisa simples, por exemplo, como tem que virar ela, de quanto em quanto tempo tem que virar ela, da questão da fralda, como faz para não assar, como faz para não vazar, e outras coisas assim mais simples. [...] Enquanto eu estava não, mas minha tia falou que tinha a fonoaudióloga que vinha e conversou bastante, teve um enfermeiro que também conversou bastante com eles, mas comigo foi só isso mesmo (I 23 Acompanhante, 19:14/19:15/19:18).

Para os idosos com baixa demanda de cuidados, as falas evidenciam falta de percepção do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, em especial sobre as orientações e preparo para os cuidados a serem realizados em casa, após a alta hospitalar:

- Não, não falaram nada ainda (Sobre orientações de alta) (I 2, 1:29).

- Não (Sobre orientações de alta). O médico veio e falou que já estou de alta, a enfermeira falou que iria voltar porque agora eu estou com o acesso, então, acho que ainda volta (I 14, 11:13).

- Não, porque o doutor falou que vai dar os remédios para continuar em casa e acho que só isso (Sobre orientações de alta) (I 22, 18:10).

Alguns idosos e acompanhantes aproveitaram a entrevista para tirar dúvidas sobre o cuidado a ser realizado em casa, em relação à doença atual:

- Não sei também. Agora não sei se vou precisar tomar a vacina (I 3, 2:71).

- Eu vou fazer uma pergunta para você, eu vou ter que ficar de máscara dentro de casa? (I 6, 5:16).

- E demora essa recuperação, para eu começar a trabalhar, fazer alguma coisa? (I 9, 7:15).

- Então, aquele negócio da perna dela, tem que fazer fisioterapia, essas coisas? (I 21 Acompanhante, 17:15).

Quando os idosos foram questionados sobre os sinais de alerta, após a alta hospitalar e atenção para procura do serviço de saúde, a maioria não foi capaz de elaborar respostas precisas sobre a gestão do estado de saúde:

- Que Deus me dê a graça de não ir mais. Eu quero chegar em casa e me recuperar direitinho, me cuidar bem, as meninas cuidar de mim direitinho. Não fazer esforço nenhum, para ver se eu não volto mais (I 4, 3:24).

- Eu acredito que vai dar tudo certo, na mão de Deus (I 6, 5:38).

- *Eu tenho até medo de pensar, viu? (I 7, 6:14).*

Alguns idosos sinalizaram, de forma inespecífica, a busca por ajuda do serviço de saúde no caso de alguma alteração da saúde, o que pode favorecer buscas desnecessárias dos serviços de urgência e emergência:

- *Eu acho assim, se você não se sentir bem. Se estiver se sentindo mal e procurar (I 2 – 1:39).*

- *Se tiver que ir... Se for obrigado a ir, fazer o quê, não é? Tem que ir... (I 4 – 3:25).*

- *Se a gente não estiver bem já tem que procurar, agora não sei o motivo por que tem tanto motivo (I 10 – 8:24).*

Outros idosos verbalizaram o impacto da COVID na sua vida e a mudança de comportamento quanto à gestão do estado da saúde:

- *Olha, eu acho que doença não se guarda, acabei aprendendo isso daí, eu deixei passar um pouco (I 23, 21:13).*

- *Se estivesse com a COVID, correria, não esperava nem meia hora. [...] Ainda que o meu acho que não foi tão grave, foi mais leve, mesmo assim (I 17, 14:16).*

De acordo com os profissionais de saúde, nem sempre o tempo de preparo para alta está em consonância com as necessidades de cuidados domiciliares:

- *O tempo, às vezes, é curto. É o que percebo, que essa abordagem do familiar na alta ocorre muito em cima da hora. O paciente vai sair daqui uma semana, aí que vou pensar em falar, em preparar o familiar. Chamar esta família para vir, para contar como este paciente realmente vai embora. Eu acho que a família precisa ser colocada em constante pensamento do que está acontecendo com o paciente aqui dentro (EM 3, 6:12).*

- *Muitos pacientes recebem alta hospitalar em um prazo muito acelerado. Em muitas situações, os pacientes recebem alta sem orientações adequadas e necessárias (EM 4, 7:9).*

Nessa linha de pensamento, a programação de alta pode ser considerada um norteador para a preparação dos cuidados domiciliares. A equipe multidisciplinar fez essa observação em suas falas:

- *Quando o médico verifica que já está em condições de alta, melhora clínica, exames, ele fala: '- Estou programando alta deste paciente para amanhã*

ou para depois de amanhã'. Vamos solicitando o auxílio da equipe multidisciplinar quando é necessário e normalmente é (EM 2, 11:9).

- Eu vejo assim, o médico vai saber o momento da alta em conjunto com a equipe multidisciplinar. Ele pergunta muito, eu vejo que a equipe médica junto com a equipe multidisciplinar é entrosada, eu vejo que ele pergunta pelas partes da nutricionista e da fisioterapia (EM 3, 6:22).

- Quando o médico programa e comunica a alta é verificado as necessidades que o paciente apresenta para dar continuidade ao seu tratamento e para controle de suas comorbidades (EM 8, 11:5)

Conforme já apontado anteriormente, a sinalização sobre a programação de alta ocorre, na maioria das vezes, na visita multidisciplinar. Assim como os demais encaminhamentos realizados neste espaço, esta informação não é formalizada no PEP, apenas em planilhas de passagem de plantão:

- A gente coloca como provável alta, muitas vezes, no mapa de plantão do enfermeiro e no plantão dos médicos (EM 6, 2:30).

- Essa informação vem de segunda a sexta que é o momento que os médicos horizontais (médicos diaristas) estão e que vão evoluir este paciente. O enfermeiro que está durante o dia, acaba passando esta comunicação para nós, da noite, na passagem de plantão (EM 9, 12:21)

Há um relato sobre falhas de comunicação sobre a programação de alta na rotina de trabalho da equipe multidisciplinar:

- Pela dinâmica da unidade de internação, de como que é feito, não sei se fica muito claro. Por que assim, eu passo para atender aquele idoso, mas o médico já passou e falou que ele teria alta, então ele já está esperando e pergunta '- demora?', - 'não demora'..., mas, ele não sabe se continua tomando as medicações dele, se trocou, se tem que voltar para o posto, às vezes estão perdidos mesmo. O que eu consigo esclarecer na minha visita mais pontual, eu faço, mas nas vezes que eu presenciei, achei que ficou desconectado (EM 5, 4:32).

Estas falhas de comunicação sobre a programação de alta são reforçadas no contexto de trabalho dos TE, pois não participam da visita multidisciplinar:

- Na visita multidisciplinar, eles fazem debate, eles falam: '- Ah estou dando alta para tantos dias'. Se você ficar perto, acaba ouvindo (RC Manhã, 1:92).

- *Fica entre nós a programação de alta. Para o técnico de enfermagem passamos mais o treinamento (EM 7, 8:17).*

- *Não se tem uma conversa com os técnicos de enfermagem. A gente fala (na visita multidisciplinar), está em programação de alta, mas realmente esta comunicação não acontece com o técnico (EM 9, 12:19).*

Devido às falhas de comunicação entre a equipe multidisciplinar e os TE, a percepção do momento da alta acaba ocorrendo pela própria experiência do profissional, que se dá espontaneamente, pela evolução clínica do paciente:

- *De vez em quando a gente vê que o paciente está melhorando. A gente tem uma visão que o idoso já esteja de alta (RC Manhã, 1:86).*

- *Começa quando o médico começa tirar o O2. O médico fala para gente de manhã: vou colher exame de sangue, gasometria. Se der normal esse paciente à tarde vai embora (RC Manhã, 1:88).*

- *É que a gente já sabe mais ou menos. Chamou a família, desligou o cateter, vai coletar uma gasometria (RC Manhã, 1:90).*

Um sinalizador de que o paciente está de alta é a entrega dos documentos que compõem o sumário de alta, impressos pelo médico, aprazados pelo enfermeiro e entregues para o técnico de enfermagem, no momento da alta hospitalar:

- *A gente sabe mesmo só na hora dos papéis (RC Manhã, 1:89).*

- *Este planejamento do médico, se vai dar alta ou não vai, qual o tempo... [...] Essa paciente que eu estou hoje, eu não sabia que ela ia embora hoje... Fiquei sabendo agora, porque peguei o papel na mão (RC Manhã, 1:92).*

- *Às vezes o doutor conversa só com o paciente. Só sabe a hora que chega o papel para o enfermeiro e ele apraza e passa para gente. Até todo esse tempo a família já chegou e nós somos os últimos a saber (RC Manhã, 1:102).*

Um profissional de saúde destacou que o paciente não participa da programação de alta e acaba recebendo a informação apenas no dia da saída do idoso da instituição:

- *A alta é sinalizada (para o paciente) no momento que vai ocorrer. Provavelmente, o médico vem colhendo exames e vem falando se estiver tudo certo, mas não é com antecedência, até porque eles ficam ansiosos, gera ansiedade no paciente. Na alta, o médico vai no quarto, fala com o paciente, mas os papéis ficam com a gente. Ele até orienta antes que está deixando a receita,*

deixando encaminhamentos, mas quem faz a entrega é a enfermagem (EM 7, 8:25).

Sobre o assunto, houve apontamentos sobre a necessidade de repensar a programação de alta como um dos eixos norteadores do plano terapêutico, durante o processo de internação clínica do paciente idoso:

- Porque hoje é assim, já internou deveria ter um protocolo, um diagnóstico de quantos dias vai ficar. Já ter isso (RC Manhã, 1:93).

- Acho uma sinalização meio frágil digamos assim, não existe... Uma coisa que vejo muito em questão de qualidade em outros hospitais é o plano terapêutico, que aqui não existe. Mas, é questão de amadurecimento e aprimoramento da nossa assistência. Vejo o médico evoluindo em outras instituições assim: '- programando alta para quinta-feira' (EM 11, 3:37).

Quanto ao trabalho em equipe e à interação entre os profissionais, para o desenvolvimento das atividades assistenciais descritas anteriormente, houve falas importantes que evidenciaram um esforço coletivo para a realização de uma assistência multidisciplinar ao idoso internado:

- Eu sento com a assistente social e falo: '- este paciente vai precisar de aspirador porque ele não tem condições de receber alta da forma como está. Aí que ela começa a falar para família que vai precisar, então somos nós que falamos para ela '- este paciente vai precisar'. Porque nem todos os pacientes precisam, porque vai com a traqueostomia ocluída e ele não está precisando mais (EM 6, 6:19).

- Eu sei por que a enfermeira da manhã passa as informações sobre o que ocorreu durante o dia (profissional do plantão noturno). Eles contam que a nutricionista vem, conversa com a família, orienta em relação às dietas que depois vão ser utilizadas, se é paciente que está com sonda nasoenteral e que irá para casa. Algumas vezes, acompanhei durante o dia a visita da fonoaudióloga, da assistente social (EM 10,12:23).

- No hospital, o paciente é bem cuidado, a fisioterapeuta vai lá coloca a perna dele para movimentar, coloca para sentar, coloca na cadeira, faz passear. A fonoaudiologia vai lá, dá comida, oferta, vê se engasga. O médico passa lá, examina, pede exame que precisa pedir, ajusta o remédio que precisa ajustar, a nutrição vê se está aceitando dieta. Cada um vai ali fazendo a sua parte da

equipe multidisciplinar. A enfermagem vai lá, faz curativo, dá o remédio, ensina dar banho.” (EM 11, 1:14).

Mesmo que ocorram evidências positivas nas falas sobre o trabalho em equipe, este ainda acontece de uma forma desconectada de um plano terapêutico, o que gera a percepção de que o processo de trabalho é falho:

- Só que eu ainda sinto muito solto, muito individual. É lógico que a gente fica sabendo, porque elas vêm e passam. [...] É feito, cada um no seu papel, sua função, enfermeiro, serviço social, só que ainda é muito... tinha que ter uma integração desse grupo. Eu acho que faz falta, até mesmo para o familiar (EM 10, 12:24/12:25).

A padronização do plano terapêutico foi apontada como um caminho para organizar o processo assistencial, incluindo os processos de admissão, internação e alta hospitalar. Nessa perspectiva, os profissionais da equipe multidisciplinar sinalizaram para a necessidade do fortalecimento desta atividade na unidade de internação clínica:

- Eu acho que a palavra é organização, nos organizamos enquanto equipe, entender quando o paciente vai ter alta. Eu acho que o momento que temos que saber é o momento da alta, é o momento que temos que nos organizar enquanto equipe (EM 6, 6:43).

- Eu acredito que seja o plano terapêutico, dos profissionais de saúde. De toda equipe integrada junto com essa família, dentro do quarto do paciente mesmo. De estar orientando junto com a família. Porque a gente percebe muita insegurança ainda da família. Tem família que chega nervosa, principalmente desses pacientes que estão vindo da UTI. Chegam ansiosos nos primeiros dias, '- mas como eu vou fazer', '- eu não tenho condição', '- não tenho cama hospitalar', fralda, dieta... Então, são muitas coisas envolvidas, inclusive a questão financeira da família. Então, acho que a gente estando ali juntos, nesse plano terapêutico, vai ajudar muito a família. Além do acolhimento, a melhor compreensão (EM 10 – 12:37)

- Dentro da instituição, o plano terapêutico. Entender o que o paciente está fazendo aqui, qual a proposta da internação dele e em que momento que ele vai conseguir ser preparado para alta. Como estamos há mais de um ano no COVID é muito fácil, se tornou simples, não tem desafio. Desmamou o oxigênio... nós

temos o protocolo COVID, 24 horas fora do oxigênio é casa. As outras coisas a gente não tem exatamente (EM 11, 3:47).

Nesse enfoque, um profissional destacou a importância da padronização do plano terapêutico e estabelecimento de critérios para a organização do processo assistencial:

- Seria importante colocarmos a idade desse paciente, se é um paciente idoso ou um paciente adulto, que eu acredito que a recuperação do paciente idoso é muito mais fragilizada do que de um paciente adulto. A idade é fator importante. Outro fator importante é a via de alimentação, se é um paciente que se alimenta por via oral ou enteral, de sonda. Se é um paciente que tem doenças crônicas associadas, hipertensão, diabetes e doenças cerebrovasculares, também acho importante mencionar. Se esse paciente tem lesões por pressão também acho bem interessante ou se ele não tinha e desenvolveu aqui no hospital, que está totalmente relacionado à nutrição. A questão da hidratação do paciente, se é um paciente que está recebendo a hidratação adequada ou é um paciente de difícil hidratação, não gosta de tomar água, enfim, orientar essa parte da água para a casa. (EM 4, 7:24/7:33).

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 9.

Figura 9 – Síntese temática, Processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa

Processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa

Apesar das iniciativas e empenho da equipe multidisciplinar, de promover atividades para transições do cuidado do idoso, do hospital para casa, há uma fragmentação das ações, resultando na inexistência de um plano terapêutico que direcione, de forma clara e objetiva, o idoso e família para a gestão do estado de saúde e para continuidade do cuidado na RAS. Nesse sentido, para o desenvolvimento do Protocolo de Transição do Cuidado é importante considerar que, antes da sua implantação, será necessária uma discussão ampliada sobre o plano terapêutico, bem como, o estabelecimento de critérios de priorização da atenção da equipe multidisciplinar, considerando o princípio da integralidade e equidade da assistência.

Fonte: elaborado pelo autor.

- **Ausência de protocolo de TC de idosos do hospital para casa**

Durante as rodas de conversas e entrevistas com os profissionais de saúde, foi questionado sobre a existência de algum protocolo relacionado com o tema da TC, que a maioria verbalizou desconhecer:

- *Protocolo eu não sei se tem (RC Tarde - 2:17).*

- *Não, protocolo não tem... A gente vai conforme a necessidade do momento (RC Noite 2 - 4:10).*

- *Aqui fazemos as coisas do dia a dia, mas nada é protocolado (EM 11, 4:29).*

Houve relatos sobre a importância de um documento assistencial para nortear a prática, em especial sobre o PA:

- *Eu acho que ficaria mais amarradinho. Falta alguma área para fechar esta alta? Eu sei que também tem a demanda de leito, que tem que rodar, eu..., mas, falta a sua parte, você fez? Você sabe que tem que agir naquele curso para alta acontecer. Então, eu acho positivo (EM 1, 1:49).*

- *Que todo mundo conseguisse pensar neste depois, porque vai precisar de fisioterapia, mas assim... Não sei... Fazer um checklist mesmo... ‘- Este paciente tem essas e essas necessidades...’ (EM 5, 4:29).*

Apesar da ausência de protocolo sobre TC no hospital, dois TE mencionaram a experiência com as altas de pacientes com COVID-19, em que ocorre a entrega de orientação sobre os cuidados a serem realizados em domicílio. Trata-se de um item que compõe a Diretriz COVID-19 da instituição, composta por informações básicas ao paciente pós-alta hospitalar. A experiência com este tipo de dispositivo de comunicação com o paciente e familiares, mostrou-se positiva para os profissionais:

- *Doença específica, o único protocolo que vi foi da COVID. Antes do paciente ir embora a gente apresenta, pega o familiar e explica: - ‘este é o protocolo que você deve seguir em casa, os pacientes que precisam seguir com os pacientes, para você não transmitir, para você não pegar’. Então a gente explica. O único que a gente tem impresso, é este (RC Noite 1 - 3:22).*

- *O protocolo como foi criado para a COVID, é... para passar para o familiar, alguma coisa que pudéssemos olhar, como a gente fez com a COVID.*

E o pessoal fica bem interessado, não é? O livrinho para ele ver, como deve cuidar do paciente em casa (RC Noite 1 - 3:32).

A equipe multidisciplinar também relatou a iniciativa de construção de um *checklist* de alta, para organização do processo assistencial, mas não foi validado e implantado na rotina de trabalho:

- A gente até montou o checklist, eu e a psicóloga, mas ainda não começou a circular. [...] Foi, a gente discutiu com o Dr. P, ia começar a aplicar e começou a ter demanda da COVID e ficou em standby. Eu não sei onde está salvo... (EM 1, 1:42/1:48).

- Foi iniciado um formulário criado pela assistente social e pela psicóloga para programação de alta dos pacientes, no entanto, não presenciei a adaptação do mesmo (EM 4, 7:8).

- Não sei, acho que com aquele Checklist de Alta Responsável que estávamos pensando, era conseguir colher a visão de vários profissionais e pensar nesses 'depois'. (EM 5, 4:28).

Um profissional da saúde falou sobre formulários para orientação de alta existentes no hospital:

- Existem alguns formulários relacionados a isto. Quando eu vou fazer estas orientações, eu dou por escrito. Então tem formulários que você entrega, e a nutrição também tem (EM 8, 11:23).

Na observação participante foram identificados diferentes formulários de orientação de alta, tais como cuidados domiciliares de curativos, sonda vesical de demora e drenos. Todavia, são documentos avulsos, desconectados do plano terapêutico e conhecidos por parte da equipe.

A síntese deste tema pode ser visualizada na figura 10.

Figura 10 – Síntese temática, Ausência de protocolo de TC de idosos do hospital para casa

Ausência de protocolo de TC de idosos do hospital para casa

A ausência de um documento norteador da prática reforça a necessidade da elaboração, revisão e validação de um Protocolo de TC do idoso, do hospital para casa, articulado ao plano terapêutico do idoso.

6.3. O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

Eixos importantes que emergiram na síntese dos resultados, tais como, organização do plano terapêutico; padronização de atividades assistenciais; valorização da família nas TC; fortalecimento de ações relacionadas à continuidade do cuidado, melhorias no processo de comunicação com os serviços de saúde que compõe a RAS e segurança dos medicamentos, nortearam as discussões nos Grupos de Convergências (GC).

No primeiro GC, além dos participantes realizarem alinhamentos sobre as principais PBE relacionadas ao tema, também ocorreu a validação sobre resultados preliminares da pesquisa coletados nas etapas 1, 2, 3 e 4, conforme falas a seguir:

- Foi válido, tudo é a realidade (GC 1, P 4, 1:4).

Um dos participantes destacou a importância do Boletim Médico durante a fase de pandemia, como recurso para comunicação com as famílias, conforme descrito na síntese dos resultados, no tema 'o processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa':

- Ficou muito bom. Acho que a gente... esse período agora que mudou, da ligação para os familiares (Boletim Médico), a gente tem mais contato com a família por telefone, então 'o seu pai vai ter alta amanhã', 'e os medicamentos doutor, o que faz?'. 'sobre os medicamentos, vou passar uma receita, mas os que toma em casa vai continuar igual', porque o idoso não vai saber... branquinho, coloridinho, que parte no meio, que toma... (GC 1, P 2, 1:44).

As dificuldades na relação com os serviços de saúde e os problemas enfrentados pelos pacientes, na continuidade do cuidado, assim como apresentado na síntese de resultados, no tema 'a rede de atenção à saúde e a TC de idosos, do hospital para casa', também foi destaque no primeiro grupo de convergência, reforçando a necessidade de implementar atividades assistenciais relacionadas com a organização do fluxo de comunicação com a rede:

- Mas, essa questão do pós-alta, também tem a alta responsável. Então a gente quer deixá-los redondinhos para ir embora. Quando eles chegam lá... Tem alguns pacientes que atendo domiciliar e ele não tem esse apoio (GC 1, P 1, 1:51).

- A Rede é muito frágil. [...] A gente referencia, liga para o PAD, liga para enfermeira, sai com relatório, sai com tudo. Têm pessoas aqui de dentro que

precisou (referindo-se a funcionários), que não teve atendimento até hoje (GC 1, P 3, 1:52/1:53).

Um participante reforçou a necessidade do estabelecimento de atividades para fortalecimento da relação com os serviços de saúde da RAS, considerando também as fragilidades do hospital:

- Eu acho que é uma fragilidade nossa, tem que fazer uma ponte... (GC 1, P 5, 1:36).

Neste primeiro encontro, foram destacados pelos participantes os problemas de comunicação entre os membros da equipe assistencial e a necessidade da organização do plano terapêutico. Foi evidenciada a importância da programação de alta e sua relação com a TC:

- Uma ideia da alta, que a gente trabalha em outra instituição, o doutor faz a alta e coloca em um papelzinho. Aqui, eu nem sabia que estava de alta... []. Lá se usa alta programada, na prescrição que é MV (prontuário eletrônico do paciente). O doutor coloca alta depois das 8h. Se você pega o plantão às 7h, já saberia que aquele paciente está de alta. Já começa a ver telefone para família, já começa a agilizar a alta antes dela acontecer (GC 1, P 4, 1:47).

Nesse sentido, houve complementação de um profissional sobre a importância do trabalho multidisciplinar, destacando que a alta não é só do médico, mas de toda equipe assistencial:

- É que aí não depende só da parte médica, porque tem um conjunto de ações. Porque, às vezes, tem uma orientação da nutricionista (GC 1, P 2, 1:15).

O encaminhamento dessa discussão foi a formalização da programação de alta como uma ação a ser implantada durante a visita multidisciplinar:

- Na visita multidisciplinar a gente fala 'provável alta amanhã', se estiver tudo bem, 'provável alta' (GC 1, P 2, 1:17).

- Então, mas a gente já tem isso na cabeça, tem ali, mas não está registrado. Na cabeça todo mundo tem. Se você perguntar para mim, que dia que o senhor 'João' vai de alta, eu sei. [...] Se a gente fizer a visita multidisciplinar dentro do prontuário do paciente, todos vão ter acesso àquela informação e ver a programação de alta. O que está faltando para este paciente? Orientação da Fonoaudióloga... (GC 1, P 3, 1:19/1:22).

- O que a gente tem que pensar é que a UTI começou com o projeto do registro da visita multidisciplinar e o registro é maior, porque envolve bundle,

envolve outras coisas que não necessariamente é aplicável ao paciente clínico, mas tem uma qualidade nisso lá, do registro, que na enfermaria vai ter que fazer, porque é ali que há evidências do plano de cuidados. Isso vai ter que acontecer de alguma forma. [...] Acho que a gente pode começar a criar algo. Pensei de entender o que o CTM pergunta, o que ele avalia, para tentar propor alguma coisa dessa visita mais sintetizada. Porque assim, o que eu percebi é que o nosso esforço é muito grande, mas a nossa população é muito carente. Então, tudo o que a gente fala, a gente acha que eles estão entendendo, mas muitas vezes não... (GC 1, P 6, 1:27).

Em desdobramento, a estruturação de um modelo de plano terapêutico foi evidenciada como um caminho para a equipe organizar as atividades assistenciais e compor o protocolo de TC:

- Eu acho que tem que ter o plano de cuidados. Eu tenho uma patologia e sei como ela vai cursar. Então, sei que, mais ou menos, em cinco dias vai ficar aqui com a gente. Já começo a pensar nisso (GC 1, P 5, 1:19).

- Isso pode acontecer, quando a gente evoluir na hora da internação, com a previsão de alta, que deveria acontecer a revisão a cada 7 dias, ‘- para esta patologia eu tenho uma previsão de alta’. Hoje a gente não trabalha com este recurso na admissão, a gente pode evoluir para isso? Podemos... [...] Mas, falta a construção de alguns eixos para nortear. Eu acho que o que precisamos pensar, se a gente pensar na visita multidisciplinar... Por exemplo, sinais de alerta, pode ter outro tema, outro título, mas como que a gente vai explicar para o paciente que ele tem que ter atenção em casa. Isso pode ocorrer durante toda internação. Cada dia eu reforço de um jeito. Nós vamos ter que criar um jeito (GC 1, P 6, 1:30).

Outro ponto relevante discutido pelos participantes no primeiro GC foi sobre a organização das atividades assistenciais de acordo com a necessidade dos idosos, pois na síntese de resultados, foi evidenciado que há problemas relacionados à identificação dos pacientes que exigem mais cuidados da equipe multidisciplinar. Enquanto algumas demandas assistenciais importantes e prioritárias são tratadas pelos profissionais, outras ficam veladas pela falta de estruturação do processo assistencial:

- O paciente cirúrgico, na realidade, já tem o formato. Internou em um dia, no outro, vai de alta. Então, eles (TE) já sabem que de manhã alimentam,

levantam, encaminham para o banho, faz o curativo. Se tem dreno, já dá orientação na hora que está ali, porque sabe que o paciente vai de alta. Agora, os clínicos não (GC 1, P 4, 1:26).

- Algumas boas práticas, ensinar sobre medicamentos, o que é efetividade do horário. Se a reconciliação medicamentosa é uma coisa que aparece, então vamos ter que ter um plano focado em tipos de pacientes. Não vamos conseguir fazer um plano para todos os pacientes... O cirúrgico de um dia, é um dia! Não mexemos em nada dele, basicamente entrou, operou, esse é o mais fácil da gente organizar. O cirúrgico de dois dias também. O cirúrgico de quatro, cinco dias já começou a entender que teve complicações, o médico clínico entrou por conta disso. Agora, o paciente clínico que entrou, nunca tem essa previsão certinha... Mas, chega uma hora que o médico, fala: ‘- não, é mais quatro dias de antibiótico’, então vai estar lá no plano de cuidados. Vamos começar a discutir nesses quatro dias os sinais de alerta, reconciliação medicamentosa, alimentação. Ah não, mas tem uma fragilidade... A gente precisava criar uma forma de conseguir se suportar, entendendo o que é isso... A rede vai dar todo suporte? A gente vai chegar no ponto de resolver a rede? A rede não, mas, vamos chegar num ponto de quem tem uma alta de sonda ‘- olha senhora, precisa de um agendamento, de um acompanhamento...’ (GC 1, P 6, 1:31).

Considera-se que a síntese de resultados das etapas 1, 2, 3, 4 e todas as reflexões realizadas no primeiro CG, tais como, fragilidades na comunicação com a RAS, problemas de comunicação entre os membros da equipe assistencial, ausência de plano terapêutico, importância da visita multidisciplinar no contexto assistencial, bem como, necessidade de organizar a atenção da equipe assistencial aos idosos que mais demandam cuidados, deram suporte para elaboração do protocolo.

Nesse sentido, de forma descritiva, apresenta-se o protocolo de TC de idosos, do hospital para casa, desenvolvido na fase de teorização proposto pela PCA, tal como, as falas que compõem a revisão e validação do documento pelos participantes dos GC.

Seguindo o padrão estabelecido pela Comissão de Qualidade do HRP, o protocolo foi composto pelos seguintes itens: introdução; objetivos, atividades assistenciais, fluxograma, indicadores, referências, equipe de elaboração, revisão, validação e anexos. O documento, na íntegra, e o plano de ação para que seja implantado encontram-se no Apêndice E e Apêndice F.

✓ Introdução e Objetivo

Na síntese de resultados, na categoria *Significado de transição do cuidado*, os profissionais da equipe assistencial, em seus depoimentos, destacaram que a TC está relacionada com conceitos de transferência de cuidado e de continuidade do cuidado, os quais, correspondem à PBE apresentada na fase de concepção deste estudo. Nesse percurso, o conceito de TC, na introdução do protocolo, bem como seu objetivo seguiram esta lógica e foram apresentados aos participantes do GC, conforme descrito na figura 11.

Figura 11 - Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, introdução e objetivo

INTRODUÇÃO
<p>A Transição do Cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. É fundamentada em um plano abrangente de cuidados que inclui comunicação, educação do paciente e da família, além da coordenação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços de saúde. Abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social e comunitária, monitoramento, gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais (BURKE <i>et al.</i>, 2013; COLEMAN; ROSENBEK; ROMAN, 2013; NAYLOR <i>et al.</i>, 2017).</p>
<p>OBJETIVO GERAL</p> <p>Realizar TC dos pacientes que receberam alta do hospital com segurança e qualidade, de forma que ocorra a continuidade do cuidado em casa e nos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS).</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Quando o texto foi apresentado aos participantes, emergiram as fragilidades existentes na relação com os serviços de saúde que compõe a RAS, durante a TC. Destaca-se que tais fragilidades também foram descritas no tema 'A Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado' e no primeiro GC. As falas são apresentadas a seguir:

- Este ponto 'receber até o próximo serviço', a gente vai ficar responsável pelo paciente até ele conseguir a consulta na UBS? Às vezes, nunca consegue... Cai naquela questão que a assistente social sempre fala comigo, '- o paciente não conseguiu'. Vai os papéis para resolver... Essas coisas têm que se alinhar

bem, porque lá fora pode ser um mês, pode ser dois meses. Ficar alinhado que isso será nossa responsabilidade, pode ser complicado (GC 2, P 2, 2:4).

- A articulação de uma forma ou de outra existe, através do serviço social, através de ligações, porém a gente não garante (GC 2, P 3, 2:5).

- E nós já tivemos pacientes que ficaram aqui conosco, fizemos todo o trâmite de UBS, UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família), tudo direitinho e ele reinternou e referiu que não teve essa assistência (GC 2, P 1, 2:7).

A proposta para os participantes, neste momento da discussão, foi validar a introdução e objetivo no último GC, considerando as ações a serem desenvolvidas durante a implantação do protocolo. Nesse caso, houve concordância sobre a sequência da discussão.

No quarto e último GC foi apresentado o plano de ação (Apêndice F), que tem como objetivo estruturar o fluxo de comunicação entre o hospital e demais serviços de saúde. Trata-se de um conjunto de ações que abrangem a realização de visitas e/ou reuniões com os municípios para entendimento da RAS, a construção de mapa da rede para organização do PA e realização da alta responsável. Sob esse prisma, houve consenso dos participantes quanto à manutenção do texto proposto na introdução e objetivo, o qual foi considerado validado:

- Tudo bem. Estou de acordo com este desenvolvimento (GC 4, P2, 4:1).

- De acordo. Agora ficou mais claro (GC 4, P3, 4:2).

✓ Atividades relacionadas com a Transição do Cuidado do idoso do hospital para casa

Para compor as atividades do protocolo, foram consideradas aquelas já desenvolvidas pela equipe assistencial. Ao considerar que a TC, do hospital para casa, deve iniciar na admissão hospitalar e finalizar quando o idoso é recebido no próximo serviço de saúde, o protocolo proposto para revisão e validação dos participantes do GC, permeou não apenas a etapa da alta hospitalar, mas sim, todo o processo assistencial.

À vista do mencionado, a seguir, são apresentadas as atividades e formulários propostos para compor o protocolo. De modo semelhante, são apresentadas as falas que ocorreram durante o desenvolvimento dos GC.

- *Classificação do paciente*

A primeira atividade proposta para compor o protocolo de TC foi a classificação do idoso internado, a partir dos riscos assistenciais e psicossociais. *A priori*, a primeira ação proposta pelos participantes do grupo de convergência foi o desenvolvimento de uma classificação do idoso internado quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, por meio de cores: verde para baixa demanda, amarelo para média e vermelho para alta. Foram estabelecidos os seguintes critérios de avaliação: doença crônica/comorbidades, uso de medicamentos contínuos e perda funcional, conforme as falas a seguir:

- *Acho válido, é o que falei, no dia a dia entender o que tem que ser priorizado. Pegar um protocolo, ver como vamos encaixar o paciente e planejar... Para nos nortear (GC 2, P 2, 2:26).*

- *Ele pode transicionar, não é? [...] Isso que talvez a gente tenha que pensar. Ele pode entrar como verde e sair como vermelho. Mas, se ele chegar como verde e eu acompanhar, que ele continue verde. Eu sei que meu paciente é verde, então espera aí, estou mais tranquilo. Ah não, entrou no amarelo, então vou ter que direcionar minha equipe para atender esse caso. Ou, dia 'um' de internação, transicionou para o vermelho, vou saber que alguma coisa não deu certo, acompanhar essa fase de transição. Não, necessariamente, estará estacionado no verde (GC 2, P 5, 2:27/2:29).*

Ao longo da discussão, surgiu a necessidade do desenvolvimento de uma escala automatizada no PEP, para classificação dos riscos assistenciais e, conseqüentemente, identificação da demanda de atenção da equipe assistencial para o idoso internado:

- *Isso me lembra muito, não sei se cabe aqui, lá no setor que a gente trabalha, tem o monitor do lado do enfermeiro, onde é atualizado os sinais e tem a classificação. É muito rigoroso o sinal de sepse. Então, dependendo do MEWS (Escala de Alerta Precoce Modificada) que você está vendo, a cor já mostra a atenção para equipe (GC 2, P 4, 2:29).*

- *Poderia ser uma coisa que o sistema, não sei como seria..., mas, fazer no sistema. Nossa, ajudaria muito! (GC 2, P 5, 2:34).*

- *Então, tem que pensar no desenvolvimento de uma ferramenta no sistema MV, por exemplo, que eu vou clicando... (GC 2, P 3, 2:86).*

- *Clicando e dando um número, um escore (GC 2, P 1, 2:87).*

- *Gerar pontos!* (GC 2, P 2, 2:87).

- *Porque a gente mata dois coelhos com uma cajadada só. Já visualiza, já entende que aquele paciente tem um acompanhamento, que tem que ensinar...* (GC 2, P 3, 2:102).

- *Como tem protocolo para tudo, protocolo de sepse, protocolo de Londres, tem vários tipos de protocolo [...] Uma coisa mais simples, mais uma classificação...* (GC 2, P 4, 2:103).

Uma vez que já ocorre a sinalização, de forma padronizada na página inicial do PEP, sobre as questões relacionadas ao controle de infecção hospitalar (precauções, isolamentos e medidas de prevenção de infecções relacionadas à assistência), um dos participantes sugeriu que a classificação por cores mantivesse a lógica de comunicação no prontuário:

- *Porque nós já temos sobre isolamento (sinalização em prontuário), uma coluna na frente com a classificação do paciente* (GC 2, P 4 2:95).

Em outra fala, a classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, em cores, foi relacionada com o conceito de equidade (reconhecimento que todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos):

- *Atuar 100% nos vermelhos, no amarelo atuarmos de acordo com a necessidade e assim por diante* (GC 2, P 3, 2:105).

À vista disto, iniciou-se novo desafio na elaboração do protocolo: a construção de um sistema de classificação para o perfil assistencial do idoso internado na unidade de internação clínica, relativo à demanda de atenção da equipe assistencial, associada a atividades já desenvolvidas pela equipe.

Ao levar em conta os conceitos da proposta inicial, foi elaborado um modelo de escala com campos estruturados, composto por informações já existentes na evolução médica e de enfermagem, considerando o seu desenvolvimento futuro, via testes de eficiência, eficácia e aplicação prática. De tal modo, o conteúdo com base empírica, apresentado aos participantes, deverá compor um novo projeto de pesquisa analisar sua validade na prática assistencial. A descrição da proposta em protocolo pode ser visualizada na figura 12.

Figura 12 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial

Classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar na unidade de internação clínica

Tendo em vista a organização do processo assistencial e atendimento do princípio da equidade, o paciente internado na Unidade de Internação deve ser classificado quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar. Esta classificação visa direcionar a elaboração/condução do plano terapêutico no processo assistencial, bem como o planejamento de alta hospitalar (BRASIL, 1990). A demanda de atenção da equipe assistencial é sinalizada em cores, conforme descrito a seguir:

- Verde - Baixa demanda de atenção da equipe assistencial;
- Amarelo - Média demanda de atenção da equipe assistencial;
- Vermelho - Alta demanda de atenção da equipe assistencial.

A classificação do paciente é identificada na página principal do PEP e no cabeçalho do Plano Terapêutico, para visualização de toda equipe assistencial. Ocorre por meio de escala automatizada, inserida no PEP, com informações extraídas da evolução médica e da enfermagem, considerando os seguintes itens: motivo de internação, medicações de uso contínuo e grau de complexidade assistencial (Anexo I). Nessa classificação, são considerados riscos adicionais, tais como, existência de rede de apoio familiar e histórico de saúde mental.

Fonte: elaborado pelo autor.

A seguir são apresentados os itens que compõem a estrutura inicial da escala e as discussões desenvolvidas nos GC.

O primeiro item criado foi 'motivo de internação' e o conteúdo proposto para compor o protocolo é apresentado nas figuras 13 e 14.

Figura 13 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, motivo de internação

Motivo de Internação
<p>O primeiro item classificatório, motivo de internação, é composto pelas seguintes variáveis: 1 - tratamento de doença aguda/não possui doença crônica não transmissível (DCNT); 2 - tratamento de doença aguda/possui DCNT; 3 - tratamento de doença aguda/possui comorbidades; 4 - complicações relacionadas a DCNT/sem comorbidades; 5 - complicações relacionadas a DCNT/possui comorbidades.</p> <p>A avaliação da existência de DCNT e/ou comorbidades no paciente internado se justifica ao considerar que essas doenças constituem importante desafio de saúde pública, principalmente, pela alta mortalidade que causam e pelos graus de incapacidade, que comprometem hábitos de vida. São responsáveis por 63% das mortes globais e constituem a maior carga de mortalidade no mundo. Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes aos grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, o que aumenta ainda mais a pobreza dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva. Essas doenças colaboram, em grande parte, para as despesas com assistência hospitalar, no Sistema Único de Saúde (SUS) (LEITE <i>et al.</i>, 2019; MALTA <i>et al.</i>, 2018, 2019, 2020; SIMIELI; PADILHA; TAVARES, 2019).</p>

Fonte: elaborado pelo autor

Figura 14 – Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, motivo de internação

Item de Avaliação	Pontuação
MOTIVO DA INTERNAÇÃO	
Tratamento de Doença Aguda/Não possui Doença Crônica	2
Tratamento de Doença Aguda/Possui Doença Crônica	4
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Sem Comorbidades	6
Tratamento de Doença Aguda/Possui Comorbidades	8
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Possui Comorbidades	10

Fonte: elaborado pelo autor.

Como o GC foi composto por profissionais de diferentes áreas de atuação, um participante expôs sua dúvida sobre o conceito de doença crônica e comorbidade, a qual foi sanada durante a discussão por outros participantes:

- *Qual seria a diferença do item possui doença crônica para o que tem comorbidades? (GC 3, P 5, 3:11).*

- *Comorbidades, sempre mais de uma doença crônica (GC 3, P 8, 3:12).*

Durante o debate, houve discordância sobre a manutenção das variáveis 3 - tratamento de doença aguda/possui comorbidades e 4 - complicações relacionadas à doença crônica/sem comorbidades, conforme a sequência de falas:

- *Eu acho que vai ficar meio confuso o item 3 e 4. [...] Praticamente igual, não é? Trabalhar nele, para ser um só (GC 3, P 2, 3:14/P3:15).*

- *Acho que não deveria juntar, mas vou problematizar. Quem estiver ali, eu sei que é médico, para vocês faz muito sentido. Mas, vamos pensar que o enfermeiro está junto, a hora que discutir com a fisioterapia, se eu chegar em um ponto de uma doença aguda, que possui comorbidades, ou de ser uma doença crônica, sem comorbidades, não consigo juntar isso de uma forma única. Sei que tem o mesmo peso, mas são diagnósticos diferentes... (GC 3, P6, 3:18).*

- *Eu entendo que são itens separados (GC 3, P5, 3:21).*

Após esta discussão, foi definido manter a proposta e teste na prática assistencial para validação do item, ao longo do desenvolvimento da escala, em projeto futuro:

- *Vamos deixar então. [...] Vamos testar? (GC 3, P2, 3:27).*

Destaca-se que, no esboço inicial da escala, foi proposta uma pontuação para cada item, considerando a discussão sobre o impacto de cada variável na saúde do idosos e no processo assistencial. Apesar dos participantes terem ciência sobre a necessidade de aprofundar seu desenvolvimento e necessidade de pré-testes do instrumento na prática, esta questão também foi pauta durante o segundo GC:

- *Do ponto de vista, quem é o pior? Quem mais precisaria, ganharia ponto maior, o crônico, que possui comorbidades. Talvez o anterior seja oito e este seja o 10. (GC 3, P 5, 3:29).*

- *O quatro também fica no meio fio, dependendo do desdobramento dos itens (GC 3, P 6, 3:30).*

Ao considerar a importância da RM, no processo de admissão, internação e alta, o segundo item desenvolvido, foi 'medicação de uso contínuo'. O texto descrito no protocolo sobre este item é apresentado nas figuras 15 e 16.

Figura 15 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, medicação de uso contínuo

Medicação de uso contínuo
<p>O segundo item classificatório, medicação de uso contínuo, é composto pelas seguintes variáveis: 1 – não usa medicamentos de uso contínuo; 2 – uso de um (1) medicamento de uso contínuo; 3 – uso de mais de um (1) a três (3) medicamentos de uso contínuo; 4 – uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo (polifarmácia).</p>
<p>De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a polifarmácia, é o uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos (com ou sem prescrição médica) por um paciente. O elevado número de fármacos prescritos e a maior carga de doenças aumentam a probabilidade de consumo desnecessário de medicamentos, cujas combinações farmacológicas representam potenciais perigos de reações adversas e interações medicamentosas, contraindicadas ao seu estado clínico, o que pode elevar o risco de iatrogenias, hospitalizações e até mesmo de óbito. Nesse aspecto, a atenção da equipe assistencial para este componente poderá favorecer reconciliações medicamentosas mais efetivas no processo de admissão, internação e preparação para alta hospitalar (PEREIRA <i>et al.</i>, 2017).</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 16 – Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, medicação de uso contínuo

Item de Avaliação	Pontuação
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO	
Não usa medicamento de uso contínuo	2
Uso de um (1) medicamento de uso contínuo	4
Uso de mais de um (1) até três (3) medicamento de uso contínuo	6
Polifarmácia (uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo)	8

Fonte: elaborado pelo autor.

Para este item, houve dúvidas em relação ao paciente que é admitido sem medicamento de uso contínuo, porém com potencial para prescrição na alta hospitalar. Na sequência de falas, observou-se que, após o alinhamento da proposta, houve validação do conteúdo, tendo em vista que a realização da classificação de forma contínua durante a internação, viabiliza a alteração do *status* do idoso neste processo:

- *Um infarto, por exemplo, não toma nenhuma medicação, ele vai ser dois (GC 3, P 2, 3:33).*

- *Na entrada não, nenhum medicamento (Referindo-se ao uso de medicamentos contínuos na admissão de um paciente com infarto agudo). [...] Vai mudar ao longo da internação, mas para primeira classificação, vai ser verde. Mas, ao longo da internação e na alta se prescrever três (medicamentos), vai ficar no amarelo (GC 3, P 2, 3:34/3:35).*

- *Acho que o que tem que pensar que um IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) inicial, não é para vir para enfermaria. Quando vier para enfermaria, passaria na UTI, ficaria dois, três dias. E na hora que ele vier para enfermaria, já vai ter que ter uma medicação de uso contínuo [...] Tem que sair daqui com medicação e com encaminhamento! (GC 3, P 6, 3:36/3:39).*

No terceiro item, foi utilizado o Grau de Complexidade Assistencial, recurso utilizado diariamente pela equipe de enfermagem para dimensionamento de pessoal, já parametrizada no PEP. Essa escala avalia a dependência de cuidado do idoso a partir dos seguintes eixos: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica (FUGULIN, 2010). Nesse contexto, o item foi intitulado 'grau de complexidade assistencial', conforme texto proposto no protocolo e apresentado nas figuras 17 e 18.

Figura 17 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, grau de complexidade assistencial

Grau de complexidade assistencial
<p>O terceiro item de classificação grau de complexidade assistencial é composto pelas variáveis: 1 – cuidados mínimos; 2 – cuidados intermediários; 3 - alta dependência; 4 - semi-intensivo e 5 - intensivo.</p> <p>Estas informações são extraídas da escala de Fugulin (2010), a qual é utilizada para realizar o dimensionamento da equipe de enfermagem no setor de internação, auxilia na definição do grau dependência de cuidado através da avaliação do estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Colaboram para organizar a atenção da equipe assistencial durante a internação, preparo dos cuidadores e domicílio para a Transição do Cuidado do hospital para casa.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 18 – Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, Grau de complexidade assistencial

Item de Avaliação	Pontuação
GRAU DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (FUGULIN, 2010)	
Mínimo	2
Intermediário	4
Alta dependência	8
Semi-Intensivo	10
Intensivo	12

Fonte: elaborado pelo autor.

Este item foi validado no GC, após esclarecimentos dos enfermeiros aos profissionais da equipe multidisciplinar sobre o conteúdo da escala:

- *Quando tem traqueostomia, pontua onde? Não entra aqui, só oxigenação?* (GC 4, P 5, 3:50).

- *Pontua na Oxigenação. Paciente com traqueostomia é intermediário.* (GC 3, P 3, 3:61).

- *Ele demanda!* (GC 3, P 1, 3:70).

- *Mas, ele demandará em outras coisas. Eu classifico na alimentação. Se ele tem uma traqueostomia aberta, que necessita de aspiração, está sem uso de oxigênio e não está comendo via oral ainda, ele está se alimentando através de sonda nasoenteral ou nasogástrica, então vou pontuar em outro item. Eu não pontuo o oxigenoterapia, mas eu pontuo em outra coisa. Vocês não vão perder o paciente com traqueostomia* (GC 3, P 6, 3:71).

- *Por isso que estou perguntando, vai que esse paciente fica no verde...* (GC 3, P 5, 3:72).

- *Não... Dentro do cuidado de enfermagem, esse paciente não é verde. O paciente que tem traqueostomia não é mínimo. Mas, se for um paciente que veio de casa, com uma traqueostomia aberta, que já come, ele já anda, já se recuperou e você quer dizer que ele vai ser um mínimo? Mínimo ele não vai ser, será intermediário. Em que momento que nós vamos perder ele? A hora que ele vem com uma traqueostomia que ele já come, ele já tem um aspirador. Ele já tem uma rede de apoio. Se ele mudar o contexto aqui dentro, vou sinalizar, se ele precisar de uma oxigenação. [...] Mas, é um caso muito específico. Será um acionamento muito específico!* (GC 3, P 6, 3:73/3:79/3:80).

- *Mesma coisa, o paciente que vem com sonda de casa, já é para estar orientado. Ele vai ser dependente, não vai ser um verde. Mas, a nutricionista não precisa ficar com toda a demanda. Agora, aquele paciente que a sonda for passada aqui, teremos a necessidade!* (GC 3, P 2, 3:65).

- *Só para vocês entenderem, a enfermagem não pode classificar um paciente como alta dependência, que não faz uso de medicação, que não tem nenhuma doença associada* (GC 3, P 6, 3:32).

Foi esclarecido quanto à frequência da classificação do grau de complexidade pela enfermagem, bem como, em que pacientes o recurso é aplicado:

- *Essa escala é feita para todos os pacientes que internam?* (GC 3, P 8, 3:83).

- *Todos os pacientes, e reavaliada a cada 24 horas. Então se o paciente mudar aqui dentro, a enfermagem reavalia a cada 24 horas. É por isso que a gente tem por obrigação do COREN (Conselho Regional de Enfermagem), dividir quantos pacientes o TE pode assumir. Se ele entrou, todo dia ele é avaliado...* (GC 3, P 6, 3:84).

- *Paciente vem para fazer uma cirurgia eletiva é feito também?* (GC 3, P 8, 3:85).

- *Assim que ele chega do centro cirúrgico. Se ele interna no pré cirúrgico, quando ele volta tem que ser refeito, porque ele mudou o contexto assistencial* (GC 3, P 6, 3:86).

Após a apresentação dos três itens da escala em separado, foi discutido com os participantes as associações das variáveis, a somatória e a classificação do idoso em cores, sendo verde – baixa demanda de atenção da equipe assistencial; amarelo - média e vermelho - alta.

Ainda que, de forma primária, foi apresentado um pré-teste realizado por meio de associações entre as variáveis, valores numéricos previamente definidos como peso e suas correlações. Foi utilizado como recurso uma planilha de Excel, conforme apresentado no Apêndice G. Tal exercício empírico norteou a discussão do grupo, o qual concordou com a manutenção da proposta, conforme apresentado na figura 19. Destaca-se que foi um primeiro exercício realizado junto com os participantes do GC, reforçando o empirismo da proposta, a complexidade da escala e a necessidade do seu desenvolvimento teórico para aplicação na prática de assistência.

Figura 19 – Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, pontuação e cores

CLASSIFICAÇÃO	PONTOS
VERDE	6 ao 12
AMARELO	14 ao 18
VERMELHO	20 ao 30

Fonte: elaborado pelo autor.

Foram incluídos dois itens com avaliações independentes, na escala, relacionados a questões sociais e de saúde mental, conforme apresentado nas figuras 20 e 21.

Figura 20 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais

Riscos Adicionais	
<p>O item Rede de apoio familiar é avaliado por meio das seguintes variáveis: 1 - com rede de apoio familiar; 2 - sem rede de apoio familiar. A rede de apoio familiar, nos casos, em especial de paciente de alta dependência, configura-se como suporte necessário para a continuação do cuidado em casa.</p>	
<p>O item Histórico de saúde mental é composto pelas variáveis: 1 – sem histórico de saúde mental; 2 – com histórico de saúde mental. Destaca-se a importância do acionamento da rede de saúde mental durante as TC, para continuar a atenção psicossocial para este paciente.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 21 – Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, Riscos adicionais

REDE DE APOIO FAMILIAR	
Com Rede de Apoio Familiar	()
Sem Rede de Apoio Familiar	()
SAÚDE MENTAL	
Sem Histórico de Saúde Mental	()
Histórico de Doença Mental	()

Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre o item relacionado a questões sociais, a princípio, a proposta foi a inclusão do perfil socioeconômico. Contudo, a sugestão dos participantes do GC foi a alteração para o item 'rede de apoio familiar', conforme falas descritas a seguir:

- Acho que o que mais me preocupa é a rede de apoio da família. Nem a questão de salário, às vezes, as pessoas têm condições, mas não têm família. Não têm quem possa ser acompanhante, um cuidador, então o que pega mais, não é tanto a renda, é essa questão da rede de apoio. [...] Se não tem renda, a gente orienta os benefícios que tem, o que pode conseguir... [...] Poderia ser Rede de Apoio Familiar (GC 3, P 7, 3:1/3:4/3:9).

- Realmente, as maiores dificuldades que a gente tem, são quando não tem quem ajude a cuidar ou a quem recorrer (GC 3, P3, 3:8).

- *O que a gente vai entender é que se a gente sinalizar que não tem rede de apoio familiar, depende de um acionamento do serviço social. É isso que a gente está entendendo...* (GC 3, P 6, 3:93).

Seguindo o desenrolar do tema, a opção foi a de sinalizar, no prontuário, sobre a presença ou ausência da rede de apoio familiar, pela variável sim ou não, conforme falas a seguir:

- *Colocar sim e não* (GC 3, P 4, 3:91).

- *Uma coisa mais prática, o sim e o não já sinaliza para gente* (GC 3, P 2, 3:92).

A partir da sinalização em prontuário, o serviço social poderá ser acionado pela equipe assistencial:

- *O que a gente vai entender é que se sinalizar que não tem rede de apoio familiar, depende de um acionamento do serviço social. É isso que a gente está entendendo...* (GC 3, P 2, 3:93).

Sobre a definição de Rede de Apoio Familiar, houve alinhamento de conceito, com a ajuda da assistente social que participou do GC:

- *Quando não tem nenhuma rede de apoio familiar, geralmente é situação de rua. [...] Nestes casos, precisa conseguir institucionalizar, se for maior que 60 anos. Fazer contato com a rede e ver o que consegue. Uma casa de apoio temporária. [...] A gente já teve e acionou a rede familiar no Paraná para vir buscar. [...] Às vezes, não é cuidador, é vizinho... Pode ser o cuidado de alguns, não é o cuidado de uma pessoa. [...] Acho que pode colocar Rede de Apoio Familiar, porque família hoje é um conceito maior, não é mais pai, mãe, filho. Porque envolve tudo, questões afetivas* (GC 3, 3:118/3:119).

O segundo risco adicional diz respeito à saúde mental, composto pelas variáveis: 1 – sem histórico de saúde mental; 2 – com histórico de saúde mental. A cor definida para a sinalização deste risco em PEP foi azul-claro. Esse item foi validado por todos, sem questionamentos e considerações adicionais.

Em relação à frequência para aplicar a classificação do paciente, quanto à demanda de atenção a equipe assistencial, os participantes expressaram preocupação quanto a sua efetividade:

- *Então, temos que pensar quando vamos refazer. Na entrada, depois de uma semana refaz* (GC3, P5, 3:41).

- *Na admissão tem que ser feito.* (GC3, P2, 3:42).

Um participante norteou a organização da proposta e concluiu que a classificação deverá ser realizada na admissão e alta e quando houver mudanças no plano terapêutico do paciente, conforme descrito a seguir:

- O que a gente pode amarrar é assim, na admissão e na alta a gente sempre confirma? [...] No plano de alta a gente sempre confirma? O plano de alta vai mudar se houver alguma mudança do quadro e mudo o plano terapêutico. Reavalio também. Ele pode mudar, ele pode entrar verde e de repente infartar aqui dentro. Ele vai para UTI... (GC 3, P6, 3:44).

Destaca-se que a classificação do idoso, quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, permeou o desenvolvimento das demais atividades propostas no protocolo, assim como, a implantação de um modelo de plano terapêutico, conforme apresentado a seguir. De qualquer forma, o seu desenvolvimento futuro não inviabiliza a organização do processo assistencial e a padronização de atividades assistenciais relacionadas com a TC.

o *Plano Terapêutico*

Uma vez evidenciadas lacunas na assistência, tais como, falhas de comunicação com o paciente e entre os profissionais de saúde e fragilidades na formalização do processo assistencial, foi necessário elaborar uma proposta mais ampliada de plano terapêutico, para além do enfoque na TC, que considere todo o caminho percorrido pelo idoso durante a internação e alta. Nessa direção, foi apresentado nos GC, conteúdo para compor o protocolo, conforme apresentado na figura 22.

Figura 22 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico

Plano Terapêutico

Para a realização de TC seguras e de qualidade, do hospital para casa, é necessário a elaboração e condução do **Plano Terapêutico**, de forma que o paciente e/ou seus cuidadores estejam inseridos no seu desenvolvimento durante a admissão e internação, preparados para continuar os cuidados de saúde após a alta hospitalar. Este plano deve ser desenvolvido pela equipe multidisciplinar e ter como foco o cuidado centrado no paciente (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2016).

Fonte: elaborado pelo autor.

Nesse processo, o PA foi apresentado como um pilar de grande importância para o desenvolvimento do plano terapêutico, conforme texto do protocolo, apresentado na figura 23.

Figura 23 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, planejamento de alta

Planejamento de Alta

O **Planejamento de Alta** é item de destaque no Plano Terapêutico e eixo estratégico para sua condução. Recomenda-se que sua implementação seja iniciada logo após o estabelecimento da terapêutica, com orientações direcionadas às necessidades de cada paciente e família, capacitação para o autocuidado e autogerenciamento no pós-alta. A sua finalidade é reduzir o tempo de internação, promover transferência segura, melhorar a coordenação dos serviços após a alta hospitalar, evitando readmissões não planejadas e diminuição dos custos para o sistema de saúde (BURKE *et al.*, 2013; DELATORRE *et al.*, 2013; GONÇALVES-BRADLEY *et al.*, 2016).

Fonte: elaborado pelo autor.

Nos Grupos de Convergência (GC) foi discutido um modelo de formulário para registro de informações referentes ao plano terapêutico e PA, o qual deverá ser transferido futuramente para o PEP e vinculado a outros relatórios já elaborados pela assistência. O documento completo encontra-se no Apêndice E.

O formulário proposto foi composto por campos estruturados e descritivos. O texto que compõe a sua descrição no protocolo é apresentado na figura 24.

Figura 24 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, formulário

Formulário – Plano Terapêutico	
<p>O Formulário para registro do Plano Terapêutico, no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), é composto por campos estruturados e descritivos, sendo eles: identificação do paciente, classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais, CID principal, CID secundário, antecedentes, cuidados paliativos, tratamento proposto, condutas, reconciliação medicamentosa, informações sobre a rede de apoio familiar; equipe multidisciplinar; encaminhamento/pendências; <i>round</i> terapêutico, programação de alta e planejamento de alta.</p> <p>O planejamento de alta contém os seguintes campos: <i>round</i> terapêutico/preparação para alta hospitalar, sinais de alerta, cuidados domiciliares, organização do domicílio, acesso a recursos/dispositivos da rede, reconciliação medicamentosa e documentos de alta.</p> <p>Destaca-se que alguns itens deste documento são preenchidos de forma automatizada, extraídos da admissão hospitalar e evoluções da equipe multidisciplinar (dados de identificação, classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais, CID principal, CID secundário, antecedentes, cuidados paliativos, tratamento proposto, condutas e reconciliação medicamentosa), outras devem ser registradas em atividades assistenciais específicas, as quais são detalhadas neste protocolo.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor.

O cabeçalho do formulário foi composto pelas seguintes informações: nome, número do prontuário, número do atendimento, data de nascimento, sexo, data do atendimento, classificação do paciente (quanto à atenção da equipe assistencial), riscos adicionais, CID 11 (Classificação Internacional de Doenças 11) principal, CID 11 secundária, conforme apresentado na figura 25.

Figura 25 – Plano terapêutico, cabeçalho

Nome		Prontuário	
Atendimento	Data de Nascimento		Sexo
Data do Atendimento			
Classificação do Paciente		Riscos Adicionais	
CID 11 PRINCIPAL			
CID 11 SECUNDÁRIA			

Fonte: elaborado pelo autor.

Os campos como nome, prontuário, atendimento, data de nascimento e sexo são informações já existentes no PEP, dessa forma, será apenas necessário a parametrização para vincular ao novo formulário. A classificação do paciente e os riscos adicionais são campos atrelados ao desenvolvimento da proposta de classificação do idoso, quanto à demanda de atenção da equipe assistencial.

Os itens CID 11 principal e CID 11 secundária também são informações já existentes no prontuário, e serão associadas aos campos do plano terapêutico, pela parametrização do PEP. Sobre estes itens um participante discutiu sobre o seu registro, conforme fala a seguir:

- Internou com infecção de urina, mas tem DPOC (Doença Obstrutiva Crônica), vou colocar no CID secundário. Internou devido ao DPOC, então não tem CID secundário. A grande maioria tem diabetes, hipertensão (GC 2, P2, 2:39).

Para os campos do cabeçalho houve concordância dos participantes quanto à manutenção no formulário, sem complementar ou alterar a proposta apresentada. Na sequência, foram apresentados os campos para registro de antecedentes, cuidados paliativos (sim/não) e condutas, conforme a figura 26.

Figura 26 – Plano terapêutico, antecedentes, tratamento e condutas

ANTECEDENTES				
CUIDADOS PALIATIVOS	sim	()	não	()
TRATAMENTO PROPOSTO				
CONDUTAS				

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao campo antecedentes, foi enfatizado a sua importância por um participante:

- É importante este campo, por que e onde vamos colocar sobre as cirurgias? (GC 2, P 3, 2: 42)

Sobre a sinalização dos cuidados paliativos, houve concordância sobre informação no plano terapêutico. Cabe destacar que a definição de cuidados paliativos é ampla e está associada ao protocolo já existente na instituição, o qual norteia a

prática. Esta informação se configura como um lembrete para a equipe, a ser conferida durante a realização da visita multidisciplinar:

- *Sim, é importante para equipe* (Sobre o item cuidados paliativos) (GC 3, P 5, 3:200).

- *Sim, ajuda a organizar a assistência* (Sobre o item cuidados paliativos) (GC 3, P 1, 3:201).

O campo conduta foi relacionado às informações registradas na evolução médica, as quais já são registradas em PEP:

- *Se a gente pegar a evolução médica, tem lá, medicação do paciente, tem hipótese diagnóstica, a história e o motivo que ele internou, se toma medicamento, alergia ou não. A evolução do dia, que está acontecendo no dia com o paciente, exame físico e logo embaixo todos os exames. Nós da enfermagem, colocamos os exames e ficamos comparando; na UTI eles têm uma checagem diferente. A conduta é uma observação, por exemplo, a fonoaudióloga veio, o que a nutricionista fez, a família falou que não quer que seja paliativo* (GC 2, P 2, 2:39).

Como os demais campos do formulário do plano terapêutico estão diretamente ligados ao desenvolvimento das atividades assistenciais, propostas no protocolo, serão apresentados de forma articulada a elas, uma vez que há uma complementariedade no desenvolvimento do processo assistencial e formalização em PEP.

As atividades assistenciais relacionadas ao desenvolvimento do plano terapêutico e PA, propostas no protocolo, foram: visita multidisciplinar, *round* terapêutico com paciente e/ou cuidador na admissão, internação e alta, acionamento da equipe multidisciplinar, RM, rede de apoio familiar e conferência familiar, e alta responsável. Conforme descrito na síntese de resultados, no tema 'o processo assistencial e a TC de idosos do hospital para casa', grande parte delas já são desenvolvidas e consideradas como espaços assistenciais de grande importância para condução do processo assistencial, apesar da ausência de padronização na prática assistencial.

A visita multidisciplinar, atividade em que decisões em equipe são tomadas, foi definida na proposta como espaço de elaboração e revisão do plano terapêutico, incluindo programação de alta e PA, conforme descrito no protocolo e apresentado na figura 27.

Figura 27 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, visita multidisciplinar

Visita Multidisciplinar

Na **visita multidisciplinar**, atividade realizada, diariamente, de segunda a sexta-feira, na Unidade de Internação Clínica, com participação de membros da equipe multidisciplinar (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo), deve ser realizada discussão do plano terapêutico dos pacientes internados, pactuações, decisões sobre o acionamento da rede familiar e social, programação e organização do planejamento da alta hospitalar.

O registro em PEP deve acontecer de maneira sistemática por um dos participantes durante a realização da atividade, com vistas à transferência de informações entre todos os profissionais de saúde, bem como, a garantia da continuidade do cuidado. Os campos a serem preenchidos durante a visita são: informações sobre a rede de apoio familiar; equipe multidisciplinar (acionamento); encaminhamento/pendências, programação de alta e planejamento de alta (sinais de alerta, cuidados domiciliares, organização do domicílio e acesso a recursos/dispositivos da rede).

OBS: Destaca-se que após a visita multidisciplinar, o enfermeiro tem como atribuição orientar os técnicos de enfermagem quanto às atividades assistenciais pactuadas a serem desenvolvidas pela equipe durante o cuidado ao paciente.

Fonte: elaborado pelo autor.

Um dos problemas da visita multidisciplinar, evidenciados no estudo, foi a falta de registro da atividade em PEP. Ao considerar a atualização diária do plano terapêutico neste espaço, ocorrerá a sua formalização, com possibilidade de acesso por toda equipe assistencial, em todos os turnos de trabalho. Como a descrição da visita multidisciplinar no protocolo reproduziu a prática, os participantes validaram o conteúdo, sem questionamentos e intervenções.

Durante a síntese de resultados foi evidenciado pelos idosos e seus acompanhantes que, em muitas situações, eles estavam alheios sobre a condução do seu tratamento na internação e preparação para alta. Nesse sentido, o *round* terapêutico com o paciente e/ou cuidador foi uma nova atividade assistencial proposta no protocolo, tendo em vista a organização do processo de trabalho da equipe.

Essa atividade foi entendida pelo grupo como uma reunião realizada de forma rápida e objetiva para orientações e pactuações da equipe multidisciplinar junto com

o paciente e/ou cuidador, durante o processo de admissão, internação e alta. A sua padronização, com registro sistemático em PEP, foi uma forma de despertar na equipe assistencial a responsabilidade com o cuidado centrado no paciente, com a educação em saúde e com a TC. O texto apresentado no protocolo pode ser visualizado na figura 28.

Figura 28 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, *round* terapêutico com o paciente e/ou cuidador

Round Terapêutico com Paciente e/ou Cuidador

O **Round Terapêutico**, atividade de responsabilidade do médico diarista e do enfermeiro assistencial, tem como objetivo apresentar o Plano Terapêutico ao Paciente e/ou Cuidador, bem como, realizar pactuações referentes ao tratamento intra-hospitalar e preparação para os cuidados domiciliares após a alta. Também pode ser realizado por membros da equipe multidisciplinar, considerando as necessidades de cada paciente.

Seguindo a classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, esta atividade deverá ser padronizada da seguinte forma:

Verde (Baixa demanda de atenção da equipe multidisciplinar) – No máximo duas vezes (Admissão e Alta);

Amarelo (Média demanda de atenção da equipe multidisciplinar) - Duas vezes (Admissão e Alta) e de acordo com demandas geradas no Plano Terapêutico;

Vermelho (Alta demanda de atenção da equipe multidisciplinar) – Dias alternados e de acordo com demandas geradas no Plano Terapêutico.

O documento norteador para esta atividade é o Plano Terapêutico, assim como, o Planejamento de alta, os quais também apresentam campos específicos para registro da atividade.

Fonte: elaborado pelo autor.

Houve questionamento sobre a responsabilidade pela realização desta atividade, a qual durante a discussão desenvolvida no GC 3, *a priori*, foi atribuída ao enfermeiro. Porém, houve intervenção do médico, ao considerar que a responsabilidade deveria ser da medicina:

- O que acontece é que... Entrou o paciente aqui, a gente vai lá, é o primeiro encontro. Só que o plano terapêutico, não cabe ao enfermeiro neste momento, eu acho... Ele não vai saber quantos dias de antibiótico, entendo que

é mais a parte médica. Olha, vai pedir o ultrassom, tem um exame para você. Agora, para elas, vou pegar o acesso (venoso), qualquer coisa vocês me chamam, isso é mais assistencial mesmo. Não sei se a F. vai concordar, sim ou não. [...] É, porque vai ter curativo. Aí entra a enfermagem para curativo (GC 3, P 2, 3:132/3:134).

Devido ao tensionamento gerado nesta discussão, foi proposto retomá-la no GC 4, quando houve o encaminhamento em que a atividade deveria ser responsabilidade de todos os membros da equipe multidisciplinar, de acordo com a demanda de atenção do idoso internado, conforme fala descrita a seguir:

- A fonoaudióloga e a nutricionista já fazem isso, com a explicação. Já acontece, só não registra. Então, a responsabilidade pelo Round terapêutico deve ser de todos, definido em visita multidisciplinar a data de realização e quem da equipe realizará a atividade com a família (GC 4, P 2, 4:4).

A atividade também foi relacionada com a classificação do idoso quanto à demanda de atenção equipe assistencial, com discordância entre os participantes sobre a necessidade da realização do *round* terapêutico em pacientes classificados como verdes – baixa demanda de atenção da equipe assistencial:

- O verde, ele não tem cuidado para fazer esta atividade! (GC 3, P 3, 3:133).

- Só para entender, acho que cabe (no verde). Vou explicar o que eu acho. A gente está pensando no verde... esse round terapêutico não tem que acontecer na admissão – internação – alta. Na admissão, é o médico que vai chegar, vai admitir, vai falar ‘- olha você tem uma infecção de urina, vai colher um exame, vou tratar com antibiótico, você vai ficar aqui cinco dias’ (GC 3, P 6, 3:22).

- Mas, a enfermeira vai junto (GC 3, P 2, 3:136).

- Ok. Estão juntos. A única coisa que esse round está pedindo... porque na hora que a gente viu a pesquisa e olha o dia a dia aqui, na cabeça de vocês, todo mundo explicou sua parte, mas na cabeça do paciente, ninguém fechou a parte inteira com ele, no geral. ‘- Doutor passou, falou que é isso, a nutricionista falou que é isso, a fisioterapeuta falou que é isso, eu enquanto enfermeira falou que é isso do curativo, todo mundo concordou com o senhor, não concordou?’, e o paciente confirma... Esse round terapêutico traz essa proposta (GC 3, P 6, 3:137).

- Mas, você entendeu que isso não cabe no verde? Por que que não cabe no verde, porque a nutricionista não passou (GC 3, P 3, 3:138).

- Você acha que no verde não cabe uma visita para contar para o paciente que ele está aqui dentro por três dias. Por mais que ele seja mínimo ou intermediário, você vai classificar. O médico vai ter uma proposta. Vocês fazem isso, vocês estão achando que vocês não fazem. É uma conversa básica com o paciente. ‘- Você sabe que você está internado aqui para tratar infecção de urina?’ Junto com o médico, o exame saiu, urocultura, vamos colher e você vai ficar aqui três dias’. Isso já é o round, porque se alguém entrar lá dentro e perguntar: ‘- por que você está aqui?’, ‘- estou internada, minha proposta é três dias de antibiótico, esperando sair exame’. Isto vai precisar acontecer (GC 3, P 6, 3:140).

Atento à discussão, um participante interveio sobre a importância da proposta:

- Paciente, às vezes, não sabe o que está acontecendo com ele como deveria. Segundo ponto, as informações não são integradas e terceiro ponto, os TE não sabem o que é discutido na visita. Então, acho que é o conjunto. A proposta é contar para o paciente o que é proposto para ele naquele momento. É assim que eu vejo (GC 3, P 5, 3:142).

Desta feita, houve a complementação com outra fala referente à importância do round terapêutico, quando o idoso é classificado na cor verde, que se refere à baixa demanda de atenção da equipe multidisciplinar:

- Mas, não significa que vocês vão precisar ir toda hora. Esse é verde, então eu faço uma orientação para ele, um round terapêutico (reunião rápida e objetiva com o paciente e idosos sobre o plano terapêutico), dizendo que sua internação é isso, seu motivo é esse, a proposta de tratamento é tantos dias. Sabe aquela coisa, de - ‘não vi o enfermeiro, ninguém falou comigo’. Vocês já fazem isso. [...] Estou entendendo que o verde é mínimo, muito rápido e muito simples. Que o amarelo e o vermelho, aí sim vai demandar toda uma atenção muito maior (GC 3, P 6, 3:145/3:147).

Ao entender a proposta, houve o reconhecimento como uma atividade já desenvolvida pela equipe médica e de enfermagem na prática diária:

- A gente já faz e a enfermagem junto (GC 3, P 2, 3:146).

Quando a proposta foi retomada, no quarto e último GC, houve validação dos participantes, ao considerar que, todos os membros da equipe assistencial deverão utilizar este recurso, de forma estruturada, na assistência ao idoso internado:

- Não tem esse nome bonito 'round', mas já acontece. Não sei se de forma tão organizada, mas acontece (GC 4, P3, 4:3).

- E conseguimos confirmar com o paciente se ele entendeu o que aconteceu. Porque a fonoaudióloga fez, mas '- então, a fonoaudióloga veio falar com você, não veio?' '- mas, não entendi', '- mas não veio o médico que explicou que...', então vamos conseguir fazer esta conferência no round se fez sentido para família, que vocês já fazem no dia a dia, com esse registro, não é? (GC 4, P 6, 4:5).

- Eu acho que é isso mesmo que acontece (Número de Round Terapêutico por demanda de atenção da equipe assistencial). [...] Quando a gente pensa no vermelho, é aquele paciente que cada dia é uma discussão e um pedacinho. Agora precisa entender a nutrição, agora vai precisar de oxigênio, fechamos e vamos contar que vamos pedir (GC 4, P 6, 4:7).

O registro do *round* terapêutico compôs o formulário com campos estruturados e descritivos para registro de informações na admissão, internação e preparação para alta, conforme apresentado nas figuras 29 e 30.

Figura 29 – Plano terapêutico, *round* terapêutico, admissão e internação

ROUND TERAPÊUTICO - ADMISSÃO/INTERNAÇÃO
Descrição sucinta

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 30 – Plano terapêutico, *round* terapêutico, preparação para alta hospitalar

ROUND TERAPÊUTICO - PREPARAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR			
Necessidade de orientações sinais de alerta? Quais?	sim	()	não ()
Necessidade de orientações Cuidados Domiciliares? Quais?	sim	()	não ()
Necessidade de organização do domicílio? Quais?	sim	()	não ()
Necessidade de orientações sobre acesso a recursos/dispositivos da rede?	sim	()	não ()
() Dieta Enteral	() Material Curativo	() Bipap	() Outros
Reconciliação Medicamentosa	sim	()	não ()
Alteração das medicações de uso contínuo? Quais?	sim	()	não ()
Descrição Sucinta			

Fonte: elaborado pelo autor.

Um participante apontou para organização da informação no PEP do *round* terapêutico e parametrização do sistema para visualização do histórico das atividades realizadas pelos diferentes membros da equipe assistencial:

- Provavelmente o que a gente vai conseguir como histórico é que cada vez que se registre fique a sequência de round realizados. Porque é como a visita, tem informações que ficam atualizadas, outras que ficam em branco para serem preenchidas novamente (Sobre o registro do Round Terapêutico no PEP) (GC 4, P 6, 4:9).

O acionamento dos membros da equipe também se configurou como uma atividade proposta no protocolo, tanto para o processo de internação, quanto para a preparação de alta. A atividade foi relacionada com a classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, por cores, conforme texto apresentado no protocolo, figura 31.

Figura 31 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: acionamento da equipe multidisciplinar

Acionamento da equipe assistencial

O acionamento dos membros da equipe multidisciplinar nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social deve ocorrer em visita multidisciplinar, de acordo com a classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, conforme descrito a seguir:

Verde – Acionamento de acordo com demandas assistenciais, geralmente pontuais, devido à baixa demanda de atenção da equipe multidisciplinar;

Amarelo - Acionamento de acordo com demandas assistenciais específicas, devido à média demanda de atenção da equipe multidisciplinar;

Vermelho – Toda a equipe multidisciplinar deverá fazer parte da elaboração do plano terapêutico, bem como, do planejamento de alta (assistente social, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição e psicologia), tendo em vista a alta demanda de atenção da equipe multidisciplinar.

Fonte: elaborado pelo autor.

A proposta de acionamento dos membros da equipe multidisciplinar veio ao encontro da expectativa dos participantes do GC, conforme as declarações apresentadas a seguir:

- *Acho que o acionamento está relacionado à classificação verde, amarelo e vermelho. Não é isso? (GC 2, P 5, 2:83).*

- *No vermelho não pergunta, 'acionamento da equipe multidisciplinar', não pergunta sim ou não. Já verificamos qual é a necessidade (GC 3, P 6, 3:184).*

- *O vermelho já é um paciente que vai demandar (GC 3, P8, 3:185).*

O acionamento da equipe multidisciplinar deverá ser realizado em visita multidisciplinar, assim como é realizado atualmente e deverá ser registrado em evolução específica, por área de atuação. Além disso, quando a atividade estiver relacionada com orientações, educação em saúde e preparação para alta, deverá ser registrada no *round* terapêutico, a ser parametrizado em PEP. Os campos previstos no formulário e validado no GC podem ser visualizados na figura 32.

Figura 32 – Plano terapêutico, acionamento da equipe multidisciplinar

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR			
Acionamento Equipe Multidisciplinar?	sim	()	não ()
Demanda (s)			
Nutrição	()	fonoaudiologia	() Psicologia ()
Fisioterapia	()	Serviço Social	()

Fonte: elaborado pelo autor.

A RM também foi apresentada no GC como atividade a ser padronizada pela equipe assistencial. A primeira proposta para compor o plano terapêutico foi o registro dos nomes das medicações de uso contínuo, mantidas ou alteradas durante a internação; informações que deveriam ser checadas pela equipe assistencial durante a visita multidisciplinar. Para este item houve questionamentos sobre a necessidade de manutenção da informação, ao considerar que esta já consta na evolução médica, conforme apresentados a seguir:

- Sobre as medicações de uso contínuo, essa estrutura é para discutir na visita multidisciplinar, correto? Esses medicamentos de uso contínuo, sai um pouco fora, por quê? São muitos pacientes e não temos farmacêutica para acompanhar a visita. Vai falar, toma Aspirina, mas o que isso vai agregar? Eu acho que seria mais para nós médicos discutir com a enfermeira ou com a farmacêutica, para ver essa parte. [...] Na visita multidisciplinar, discutir quais os medicamentos não é o objetivo. A parte da medicação de uso contínuo, não colocaria (GC 2, P2, 2:40).

- A medicação de uso contínuo, vai ser sempre. Não sei se cabe isso na visita multidisciplinar. [...] Para nós, na admissão a gente já sabe se ele é hipertenso, diabético, faz uso de medicação contínua. Isso já está descrito na admissão. Mas, a gente discute isso diariamente? [...] Já que vamos fazer a mudança, na admissão, tira a parte de cima admissão e internação e deixa só para alta (GC 2, P3, 2:43/2:45/2:46).

Em outro depoimento, um participante reforçou a importância da manutenção da informação, mesmo apenas como um lembrete para equipe assistencial durante a realização da visita multidisciplinar:

- *Eu deixaria. Porque se isso é contínuo, porque a visita é feita sempre. [...] Como se fosse: será que foi falado com o paciente? Não é educacional? (GC 2, P5, 2:50).*

Observou-se que houve concordância sobre o aperfeiçoamento da informação para compor o plano terapêutico, com alteração da proposta inicial:

- *Isso, na admissão, ‘-esse paciente não teve reconciliação medicamentosa’, por que ele não teve? Onde houve a falha? (GC 2, P 3, 2:54).*

- *Deixa assim: faz uso de medicação de uso contínuo, sim ou não (GC 2, P 1, 2:55).*

- *Acho que a pergunta seria: necessidade de reconciliação medicamentosa? Sim ou não. Sim, foi feito quando? Alta ou admissão, por exemplo. Existe a necessidade de fazer a reconciliação? Então vou avaliar, sim (GC 2, P 5, 2:60).*

- *Não foi feito, por quê? Contínuo! (GC 2, P 5, 2:62).*

- *Por exemplo, estou fazendo a visita hoje, a reconciliação ainda não foi feita, mas já foi solicitada na semana passada, sabe? Contínuo (GC 2, P 1, 2:63).*

- *Ah sim, o mais comum é da diabetes mesmo. Porque, paciente internado o protocolo é tirar a medicação de uso via oral, se toma insulina permanece com a mesma dose NPH. Regular a gente altera. Coloca o nosso protocolo da insulina regular, então a primeira coisa que você faz quando o paciente chega é ‘- este medicamento o senhor não vai tomar’, há essa explicação na chegada. A família vem, é a mesma coisa. Já explica que essa medicação não vai tomar aqui. ‘Minha mãe toma amiodarona’, ‘- fica tranquilo, não vai dar, a senhora guarda que nós temos aqui, vou deixar prescrito’, porque a filha tinha trazido com o paciente chegou. Isso é dia a dia. Porque o paciente idoso, você sabe, tem um monte de cuidador, receitas controladas fica separada, não sabe qual é. Então, fica essa informação de forma contínua para checagem na visita multidisciplinar (GC 2, P 2, 2:64).*

Seguindo a linha da discussão, o texto incluído no protocolo pode ser visualizado na figura 33.

Figura 33 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: reconciliação medicamentosa

Reconciliação Medicamentosa	
<p>A Reconciliação Medicamentosa pode ser definida como uma avaliação completa da terapêutica medicamentosa do paciente, sempre que ocorrer alteração no tratamento, para evitar erros de medicamentos, tais como omissões, duplicações, erros de dose ou interações medicamentosas, bem como para observar padrões de adesão ao tratamento medicamentoso (VALENTE <i>et al.</i>, 2019).</p>	
<p>Ao considerar que os idosos estão mais vulneráveis aos Problemas Relacionados a Medicamentos, recomenda-se que a reconciliação medicamentosa seja realizada na admissão, durante internação e alta hospitalar, em especial pela área médica e pela farmácia clínica que atua no setor de clínica médica do hospital.</p>	
<p>De qualquer forma, a conferência sobre a efetivação dessa atividade no processo assistencial, em especial para pacientes com medicamentos de uso contínuo, deverá ocorrer durante a visita multidisciplinar pela equipe assistencial, com registro em campos específicos do plano terapêutico.</p>	

Fonte: elaborado pelo autor.

Os campos definidos para compor este item, no formulário do plano terapêutico durante a admissão e internação, foram apresentados em formato de um lembrete, a serem conferidos durante a visita multidisciplinar, conforme apresentado na figura 34.

Figura 34 – Plano terapêutico, reconciliação medicamentosa

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA					
Admissão	Sim ()	Não ()	Internação	Sim ()	Não ()

Fonte: elaborado pelo autor.

Conforme descrito na atividade 'round terapêutico', durante a preparação de alta, a RM também será conferida pela equipe assistencial, com orientações sobre a manutenção ou alteração das medicações de uso contínuo em casa, assim como, registro em campo específico do PEP. Referente ao assunto, houve uma fala no segundo GC confirmando a importância dessa conferência, devido a dúvidas de idoso e/ou cuidador sobre a continuação dos medicamentos, após a alta hospitalar:

- *Muitos perguntam, '- continuo tomando as medicações que eu usava antes?' Ou ligam depois da alta... (GC 2, P 7, 2:107).*

Outra atividade assistencial proposta no protocolo, para subsidiar o desenvolvimento do plano terapêutico, foi o registro de dados referentes à rede de apoio familiar. Além de ser registrada no cabeçalho como um risco adicional, quando há ausência de rede, na cor lilás, também irá compor o formulário com informações referentes à necessidade de acompanhante durante a internação, acionamento de cuidador e definição de porta-voz. A proposta foi aceita pelos participantes dos GC, uma vez que atendeu às expectativas sobre a organização do processo assistencial.

Um dos destaques na discussão foi quanto à escolha de um cuidador, como porta-voz, pois quando a família é composta por mais de um membro, pode ocorrer problemas de comunicação, em especial na preparação para alta:

- Até entendo que pode ser mais de um, só que eu tenho que o certo é uma pessoa. [...] Para disseminar, porque mesmo que tenha dois irmãos, posso conversar com um de manhã e o que está tarde vai falar ‘- ele até me explicou’, não é que vamos negar informação, mas precisamos de uma referência (GC 3, P 3, 3:164/3:165).

- Dependendo da família a gente fica tomada por cada um que fica de acompanhante (GC 3, P 6, 3:167).

- Teve uma paciente com 12 filhos! E cada dia vinha um e cada um deles pedia para ir ao quarto, porque não sabia... porque havia problemas entre eles, que não se conversavam (GC 3, P 2, 3:169).

O conteúdo descrito no protocolo de TC pode ser visualizado na figura 35.

Figura 35 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico, rede de apoio social

Rede de Apoio Familiar

A definição de família para este protocolo está baseada na opinião de seus membros, considerando a afetividade e a proximidade com os entes queridos. Variáveis como consanguinidade, continuidade ao longo da vida, relacionamento heterossexual, divisão da mesma casa, por si só, não definem o que seja família. Os familiares são aqueles com os quais mantemos um vínculo baseado na intimidade e nas relações intergeracionais. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (DESSEN, 2010)

Fonte: elaborado pelo autor.

Ainda relacionada com a rede de apoio familiar, a conferência familiar também foi atividade proposta no protocolo, conforme descrição na figura 36.

Figura 36 – Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, plano terapêutico: conferência familiar

Conferência Familiar

Trata-se de reuniões agendadas com um ou mais membros da família, para discussão do estado de saúde do paciente e organização da alta hospitalar. Esta atividade é recomendada para pacientes paliativos, alta dependência, com demandas de cuidados domiciliares, uso de dispositivos para manutenção da saúde e/ou vida. É indicada para famílias numerosas, que apresentam dificuldades relacionadas com a preparação da alta hospitalar, e/ou com relações conflituosas entre seus membros. O seu registro está previsto em campo específico do Plano Terapêutico.

Fonte: elaborado pelo autor.

Os participantes dos GC enfatizaram que esta atividade assistencial se configura em um espaço de acolhimento e organização da dinâmica assistencial, junto com as famílias dos idosos, conforme fala a seguir:

- *Na hora que você chega, faz uma conferência familiar, chama todo mundo e fala ‘- o responsável vai ser o João?’ Ele é com quem a gente vai falar’* (GC 3, P 6, 3:170).

- *Em cuidados paliativos, vamos fazer a conferência* (GC 3, P 1, 3:172).

- *A conferência familiar a gente realiza também, não só com os paliativos, não é?* (GC 3, P 4, 3:173).

Como a conferência familiar já é um espaço assistencial, realizado e consolidado entre os membros da equipe assistencial, a sua formalização foi validada por todos.

No plano terapêutico, os campos que compõem o formulário para registro das informações da rede de apoio familiar e da atividade de conferência familiar são apresentados na figura 37.

Figura 37 – Plano terapêutico, rede de apoio familiar

REDE DE APOIO FAMILIAR	
Necessidade de Acompanhante durante a Internação?	sim () não ()
Acionamento de cuidador?	sim () não ()
Nome (s) do Cuidador (s) referência (porta-voz)	
Necessidade de Conferência Familiar	sim () não ()
Resumo da Atividade:	

Fonte: Elaborado pelo autor

O registro da programação de alta como processo desencadeador de outras atividades assistenciais, em especial da preparação para alta, foi tema que emergiu na síntese de resultados e no primeiro grupo de GC, sendo assim houve validação imediata dos participantes quanto a sua inserção no protocolo. O campo para registro dessa informação foi previsto no formulário do plano terapêutico, conforme figura 38.

Figura 38 – Plano terapêutico, programação de alta

PROGRAMAÇÃO DE ALTA
Datas _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo autor.

As atividades relacionadas com a alta responsável, conforme apresentado na síntese de resultados, no tema 'A Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado', iniciou durante a Pandemia de COVID-19, com o envio do relatório de alta para o e-mail da UBS de referência do paciente pós alta hospitalar e mensal para DRS, com a lista dos pacientes que receberam alta do hospital para casa. Apesar da iniciativa ter como objetivo qualificar a continuidade do cuidado na RAS, é um projeto que necessita ser aperfeiçoado, conforme apontado na fala de uma participante do GC:

- Não em 100%. COVID e casos mais específicos que acontecem. Mas, podemos rever isso também (GC 2, P 7, 2:21).

Nesse caso, para organização do fluxo de comunicação entre o hospital e os demais serviços de saúde da rede, foi elaborado um tópico específico no protocolo para desenvolvimento desta atividade.

A primeira proposta foi relacionada com a organização das orientações. A partir disso, foi proposto um formulário específico que, ao longo da implantação deverá ser

parametrizado no PEP. O texto que compõe o protocolo para este assunto, bem como os formulários, pode ser visualizado nas figuras 39 e 40.

Figura 39 - Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta

Alta Responsável
Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta
<p>As orientações no ato da alta são de responsabilidade da equipe de enfermagem e devem ser norteadas pelo documento multidisciplinar de Orientações de Alta Hospitalar (Anexo III), impresso do PEP, o qual é composto por campos referentes à identificação do paciente, atendimento no serviço de saúde da APS (nome do serviço, endereço, data, horário), orientações sobre sinais de alerta, orientações sobre os documentos entregues na alta, sobre medicamentos e cuidados domiciliares gerais e específicos a serem realizados em casa. Destaca-se que parte das informações deste documento são exportadas das evoluções da equipe multidisciplinar, plano terapêutico e planejamento de alta e outras devem ser preenchidas pelo enfermeiro no dia da alta hospitalar.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 40 - Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta

QUAIS OS MEDICAMENTOS DEVO TOMAR QUANDO CHEGAR EM CASA?
PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA QUE O LEVOU À INTERNAÇÃO
() O seu tratamento foi finalizado durante a internação, não há necessidade de uso de medicação em casa.
() Seguir a receita médica entregue no momento da alta.
SOBRE OS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:
() MANTER o uso da (s) medicação (s) prescrita (s) antes da internação e procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO, após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.
() SUBSTITUIR medicação (s) de uso contínuo utilizada (s) antes da internação pela (s) medicação (s) prescrita (s) pelo médico do hospital, conforme receita médica entregue no momento da alta. Procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO, após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.

() Além da (s) medicação (s) de uso contínuo já utilizada (s) antes da internação, ADICIONAR a(s) medicação (s) prescrita (s) pelo médico do hospital, conforme receita médica entregue no momento da alta. Procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO, após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.
QUAIS OS CUIDADOS DEVO REALIZAR QUANDO CHEGAR EM CASA PARA MANTER MINHA SAÚDE?
ENFERMAGEM
NUTRIÇÃO
FISIOTERAPIA
FONOAUDIOLOGIA

Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre as orientações de alta, houve a concordância dos participantes do GC e o entendimento sobre a proposta:

- *Este documento é um resumo de tudo que o idoso deverá realizar após a alta (GC 3, P 8, 3:186).*

Houve a sugestão da vinculação dos campos presentes no formulário de orientações para os cuidados em casa e a parametrização com informações já registradas em PEP:

- *Eu acho que na evolução de cada uma de nós, abrir esse campo, orientação de alta (GC 3, P 5, 3:187).*

Como cada profissional da equipe multidisciplinar tem orientações específicas da sua área, para os cuidados domiciliares, houve dúvidas sobre esta questão:

- *Os cuidados não irão puxar, não é? Porque eu tenho minhas orientações que eu entrego para cada paciente e dá três folhas (GC 3, P 1, 3:188).*

É interessante pontuar que houve a intervenção de uma participante, ao considerar que o formulário proposto para orientações referentes aos cuidados domiciliares tem como fundamento ser um guia para o idoso e/ou cuidadores:

- *Quando tem orientação de fisioterapia, deve conter 'seguir orientação de fisioterapia sobre os cuidados da traqueostomia' (GC 3, P 5, 3:189).*

Houve também a ênfase sobre a importância de o documento de orientação de alta ser apresentado na UBS, junto aos demais entregues, no ato da alta hospitalar como mecanismo de continuidade do cuidado:

- *Essa documentação deve ser entregue na UBS, para os profissionais entenderem o que aconteceu aqui* (GC 3, P 2, 3:190).

Além da orientação para os cuidados em casa, os documentos já entregues ao paciente, no ato da alta pelos TE, foram mantidos, conforme descrição em protocolo, apresentado na figura 41

Figura 41 - Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, relatório de alta, acesso aos exames e receita médica

Alta Responsável
<p># Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta</p> <p>Neste momento devem ser entregues ao paciente os seguintes documentos, impressos do PEP.</p> <p>Relatório de alta – Documento da área médica, com dados resumidos da internação para ser entregue ao serviço ambulatorial do paciente (Anexo IV);</p> <p>Acesso aos exames – <i>Login</i> e senha para acesso <i>on-line</i> aos exames realizados no hospital (Anexo V);</p> <p>Receita Médica – Medicamentos para tratamento domiciliar (motivo da internação) e, quando necessário, medicamentos de uso contínuo.</p> <p>Destaca-se que o ato da alta é um momento de grande ansiedade para o paciente e para a família, dessa forma, todas as orientações relacionadas à Transição do Cuidado já devem ter sido realizadas durante a internação do paciente, em especial, nos <i>Rounds</i> Terapêuticos. De qualquer forma, é importante prever o tempo mínimo de 15 a 30 minutos, para realizar esta atividade, tendo em vista a quantidade de informações contidas nos documentos.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

Também foi proposto agendamento de um atendimento na UBS de referência do idoso, antes da alta hospitalar, para garantia da continuidade do cuidado, em especial para aqueles classificados quanto à demanda de atenção da equipe assistencial nas cores amarelo e vermelho, conforme texto que compõe o protocolo, descrito na figura 42.

Figura 42 - Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, Alta Responsável, agendamento de atendimento de saúde nos serviços de atenção primária à saúde

Alta Responsável

Agendamento de Atendimento de Saúde nos Serviços de Saúde de Atenção Primária à Saúde

O agendamento de atendimento de saúde nos serviços de APS deve ocorrer para pacientes classificados nas cores amarelo e vermelha, em especial para os doentes crônicos e/ou com comorbidades. Este agendamento, de responsabilidade do Auxiliar Administrativo da Unidade de Internação, deve ser registrado em formulário específico do PEP, com migração automática para o Planejamento de Alta e para o documento Orientações Gerais de Alta, entregue ao paciente/familiar no ato da alta.

Esta atividade está relacionada com o compromisso do hospital com a continuidade do cuidado na RAS.

Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre esta atividade houve questionamento de um dos participantes no GC, ao considerar a falta de referência da sua especialidade na APS, conforme fala apresentadas a seguir:

- Mas, somos nós que vamos agendar? [...]. Por que da fonoaudiologia, a gente não tem na rede? (GC 3, P 1, 3:178).

Um participante, atento à proposta, argumentou:

- UBS vai entender o que ele precisa, é fonoaudiologia, é médico... [...] Não vamos agendar com cada um, vamos fazer um agendamento único e direcionado (GC 3, P 6, 3:180).

Surgiu a complementação de outro participante que já observou esta prática em alguns serviços da APS, ainda que não padronizadas na prática assistencial da unidade de internação clínica:

- Têm alguns municípios que já fazem, eles já mandam. O município X já manda, foi agendado consulta. Mas, é este em 26 municípios (GC 3, P 7, 3:183).

Destaca-se que, para conferência da equipe de enfermagem sobre a entrega dos documentos de alta e agendamento de atendimento, no serviço de referência da APS, foram inseridos campos no formulário do plano terapêutico, conforme apresentado na figura 43.

Figura 43 - Documentos de Alta

DOCUMENTOS DE ALTA				
Relatório de Alta	sim	()	não	()
Receita Médica	sim	()	não	()
Contrarreferência	sim	()	não	()
Orientações Gerais de Alta	sim	()	não	()
Agendamento de Atendimento na UBS/PAD	sim	()	não	()
Data ____/____/____				

Fonte: elaborado pelo autor.

Além da entrega dos documentos de alta e agendar atendimento em serviço da APS, também foi proposto fortalecer a atividade, já desenvolvida pelo serviço social, de comunicação por e-mail sobre a alta hospitalar, para o serviço de referência do idoso. A atividade está consolidada pelas altas com periodicidade mensal, encaminhadas também por e-mail para DRS, a qual será responsável por disseminar a informação junto aos municípios de referência. Para o desenvolvimento destas atividades, será necessário a evolução da proposta, de forma automatizada no PEP, durante a implantação do protocolo. Em um GC houve a solicitação para manutenção dessa atividade, conforme falas a seguir:

- *Nós vamos continuar fazendo a alta responsável? [...] Porque às vezes ele não vai no posto (GC 3, P 7, 3:191).*

- *Havia uma fala dos serviços de saúde, sobre os pacientes COVID, que não sabia se estava de alta, o que acontecia com ele. Foi um projeto da DRS sobre a alta responsável (GC 3, P6, 3:197).*

O conteúdo previsto em protocolo para esta atividade pode ser visualizado na figura 44.

Figura 44 - Protocolo de TC do idoso do hospital para casa, comunicação formal com os serviços de referência

Alta Responsável
<p># <i>E-mail</i> de Alta Responsável</p> <p>Trata-se do envio de <i>e-mail</i> automático gerado pelo PEP para Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, com encaminhamento do Relatório de Alta, após a alta hospitalar no PEP. A atualização da lista de <i>e-mails</i> das UBS deve ocorrer uma vez por ano pela equipe de Gestão de Regulação de Acesso/Núcleo de Regulação Interna (NIR), bem como, quando ocorrerem alterações comunicadas pelos serviços de saúde da RAS.</p> <p>Até o dia 5 de cada mês, o serviço social deve extrair relatório consolidado do PEP sobre os <i>e-mails</i> de altas gerados automaticamente pelo sistema e encaminhar para endereço eletrônico da DRS X, previamente definido.</p> <p>Esta atividade também está relacionada com a alta responsável e com o compromisso do hospital na continuidade do cuidado na RAS.</p>

Fonte: elaborado pelo autor.

✓ **Indicadores**

Os indicadores propostos para compor o protocolo de TC foram: percentual de pacientes com medida de TC acima de 70% até 7 dias após a alta hospitalar; percentual de pacientes com agendamento em serviços de saúde da RAS na alta hospitalar, por cor de classificação quanto à demanda de atenção da equipe assistencial e percentual de readmissões hospitalares, em menos de 96 horas e 7 dias.

De uma forma geral, os indicadores foram bem aceitos pelos participantes do GC. Quanto ao indicador de reinternação hospitalar, foi enfatizado sobre as dificuldades na coleta destes dados, tendo em vista que o hospital não possui pronto-socorro e, quando ocorrem rehospitalizações, pode ser que ocorram transferências da Unidade de Pronto Socorro para outras unidades hospitalares que também compõem a rede de saúde:

- Porque aqui no Regional não temos porta aberta, então não tem a reinternação. Outros hospitais da região com Pronto Socorro, são as nossas referências, os pacientes têm 72 horas para voltar, se acontecer alguma coisa com ele nesse

período, e muitas vezes vão a estes hospitais que têm porta aberta. Nós também não temos aqui um ambulatório pós-alta (GC 2, P 2, 2:9).

- Isso que estávamos discutindo... Quando você tem um pronto atendimento, não necessariamente uma internação, mas uma passagem no serviço. Só que nem isso a gente tem, então não consigo extrair um relatório que eu dei alta de manhã e à tarde ele passou no Pronto Socorro porque teve dúvida, perdeu sonda. Então, é um dado que a gente não consegue palpar fielmente. Então, é um risco (GC 4, P 6, 4:14).

Uma estratégia sugerida pelo grupo, foi a coleta dessa informação durante a aplicação do CTM 15:

- Talvez nessa entrevista a gente consiga pegar essa informação de readmissão, e não aqui (Sobre a aplicação por telefone do CTM 15). E podem ser internações mensais (GC 4, P 6, 4:58).

Outro participante relacionou a possibilidade da associação das informações de reinternações hospitalares e continuidade do cuidado após a alta hospitalar, como dispositivo de avaliação da qualidade das TC:

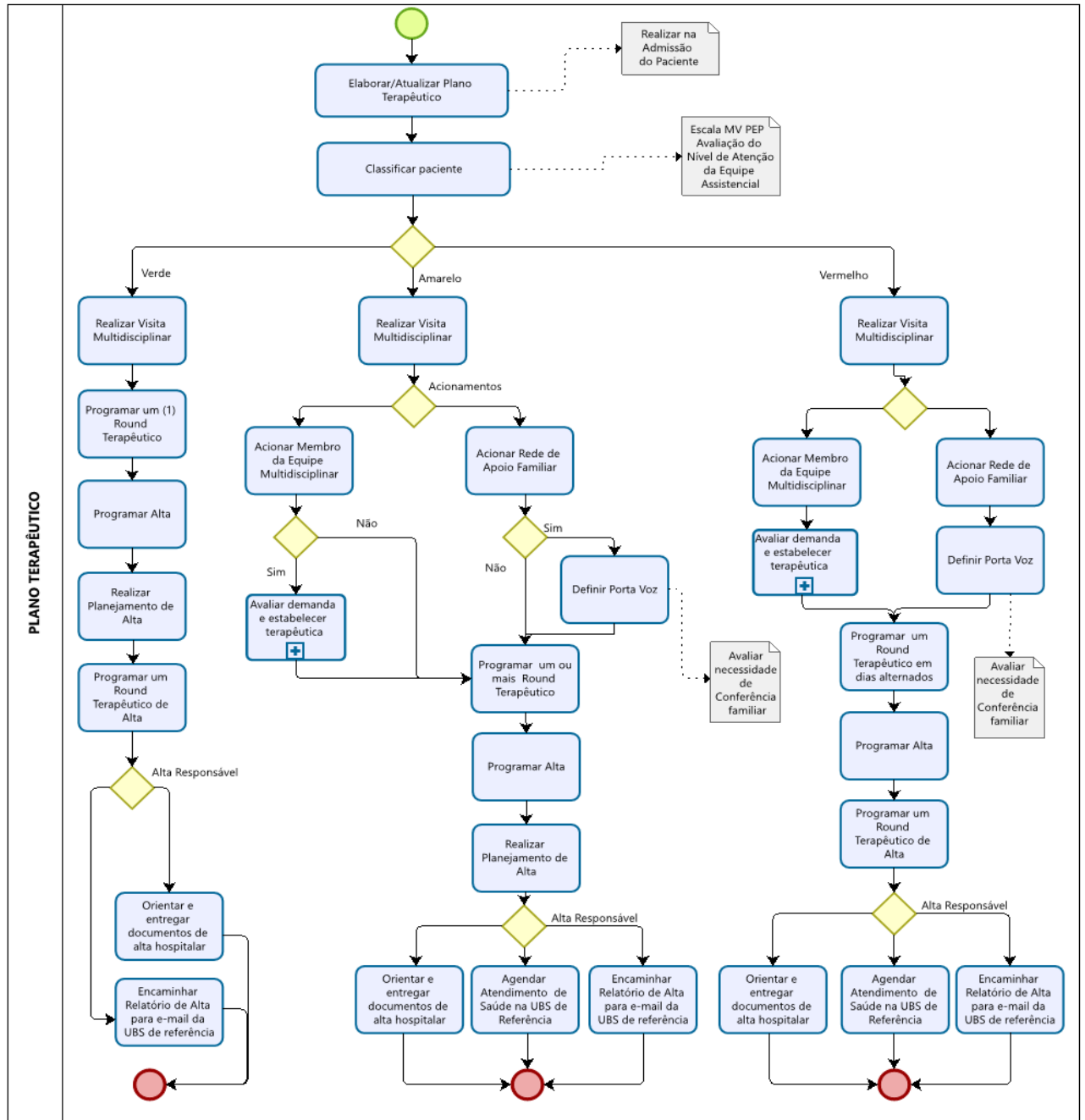
- Fico até pensando que depois dá para cruzar... o acesso à rede e às reinternações (GC 4, P 5, 4:15).

Destaca-se que o desenvolvimento das fichas técnicas dos indicadores está contemplado no plano de ação (Apêndice F) para implantação do protocolo, assim como, responsáveis, periodicidade, fonte de dados e amostragem.

✓ **Fluxograma**

O fluxograma foi validado pelos participantes, no último GC, uma vez que apresentou o resumo de todo o processo assistencial previsto no protocolo de TC, já pactuado nos grupos anteriores, conforme apresentado na figura 45.

Figura 45 - Fluxograma Protocolo de TC do idoso, do hospital para casa.



Fonte: elaborado pelo autor.

✓ Referências

As referências também foram validadas pelos participantes, e estão descritas no protocolo, apresentado na íntegra no Apêndice E.

Ao final do quarto GC foi realizada uma avaliação do processo de revisão e validação do protocolo, sendo que os participantes demonstraram que a experiência foi positiva:

- *A hora que o QGA (Quality Global Alliance) chegar, para a transição do cuidado, vai ser diamante (GC 4, P 6, 4:19)*
- *Eu não consegui participar de toda discussão, mas só este pedaço que eu peguei, achei bem incrível (GC 4, P 9, 4:47).*
- *Evoluiu bastante, para o objetivo (GC 4, P 4, 4:53).*
- *De acordo com todo o conteúdo (GC 4, P 6, 4:54).*
- *O paciente vai ser classificado por cor e vai ter este resumo de tudo. Muita coisa é feita e a gente não registra, acaba se perdendo. Definir esse portavoiz, porque tem paciente que a gente vai lá e a família não se organiza! E vai ficar tudo registrado (GC 4, P 9, 4:55).*
- *Vamos com uma plaquinha na sua defesa! (G 4, P 5, 4:57).*

Dessa forma, segue-se o novo desafio: a implantação do protocolo de TC do idoso, do hospital para casa, na prática assistencial, com o apoio de toda a equipe assistencial envolvida no processo de sua construção. Nesse âmbito, dos serviços de apoio, em especial as Tecnologias de Informação e Comunicação para parametrização do PEP em atendimento à proposta de formalização das atividades assistenciais, em plano terapêutico

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia da COVID-19, na segunda onda da doença no Brasil, que ocorreu no ano de 2021. Estudos apontam que esta segunda onda atingiu mais de 14 milhões de casos, ultrapassou mais de meio milhão de óbitos. Mais da metade das mortes no país aconteceu nos primeiros seis meses do ano, quando a transmissão comunitária da variante Gama atingiu seus maiores níveis e se disseminou pela América do Sul (LOBO; MELO, 2021; ORELLANA; MARRERO; HORTA, 2021)

Dessa forma, os leitos de internação clínica, no local de estudo, foram transformados em exclusivos para atendimento de pacientes infectados pelo coronavírus, tendo em vista a grande demanda gerada por internações na região. O contingenciamento de leitos hospitalares, para enfrentar a Pandemia foi uma realidade para a maioria dos serviços de saúde do Brasil, além dos desafios correlacionados à escassez de suprimentos, recursos humanos e manejo de uma nova doença, desconhecida pelos profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2022).

Mediante o cenário pandêmico, a pesquisa realizada foi fortemente influenciada por este contexto, ainda que o seu foco principal tenha sido seguido fielmente, durante o seu desenvolvimento. Nessa perspectiva, as mudanças de rotina nas unidades assistenciais foram identificadas, como a definição de setores exclusivos para atendimento do paciente com coronavírus. Para tanto, foram utilizados novos protocolos de isolamentos e precauções, restrições de visitas e de acompanhantes, implantados novos dispositivos para comunicação com a família, a mudança de rotina para guarda de pertences pessoais e os medicamentos de uso contínuo. Essas alterações estavam presentes nas falas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa.

Um estudo realizado com enfermeiros de três hospitais universitários brasileiros, destacou que a organização de unidades para atendimento exclusivo de pacientes com coronavírus, as adequações no uso de equipamentos de proteção individual, a adaptação da estrutura física e a instituição de fluxos de atendimento, foram ações desencadeadas para responder com qualidade e eficiência às demandas provenientes da pandemia de COVID-19 (SANTOS *et al.*, 2022). Em um relato de experiência, realizado em hospital privado, em Rio Verde, Goiás, os autores relataram

a implementação de ações para o enfrentamento da pandemia COVID-19, no que tange a garantia da segurança do paciente, tais como, revisão dos processos de admissão, transferência e alta de pacientes, permissões de entradas de visitantes e acompanhantes, fluxos internos de resíduos, dispensação de dietas e enxovais, bem como de higienização, limpeza e óbito (PAULA, 2020).

Uma vez que o local da pesquisa foi transformado em referência para atendimento de pacientes com COVID-19, os idosos participantes da pesquisa estavam em tratamento para esta doença, neste serviço de saúde. Os principais sintomas relatados por eles, durante as entrevistas, foram tosse, falta de ar, perda de paladar, perda de apetite e febre, os quais estão em consonância com aqueles descritos no protocolo de manejo clínico para o coronavírus, do MS (BRASIL, 2020).

Quatro idosos entrevistados, que vivenciaram a SRAG, descreveram a necessidade de suporte ventilatório durante a internação. Estudos apontam que, pelo menos 15% dos casos sintomáticos desenvolvem manifestações clínicas graves necessitando de oxigenoterapia e 5% evoluíram para estado crítico em ambiente de UTI. É preciso destacar que é um ambiente em que há manejo de intervenções invasivas e presença de, pelo menos, uma ou mais destas complicações: insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, sepse, choque séptico, tromboembolismo, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, choque cardiogênico, miocardite, ou acidente cerebrovascular (BASTOS *et al.*, 2020; FRANÇA *et al.*, 2021).

Os idosos que participaram desta pesquisa relataram o impacto do coronavírus na doença crônica pré-existente, com agravamento e descompensação da patologia durante a internação, em especial aqueles com HAS e DM. Uma revisão da literatura sobre o impacto do coronavírus em pacientes cardiopatas, descreveu que as comorbidades cardiovasculares tornaram os pacientes mais propícios a serem contaminados pela COVID-19, levando essas pessoas a um diagnóstico mais grave em relação à doença. De acordo com esta pesquisa, as doenças cardíacas são condições comuns entre os pacientes hospitalizados com a COVID-19 e estão associadas a um risco maior de mortalidade hospitalar, já que o coronavírus ocasiona danos no sistema cardiovascular, causando inflamação dos vasos sanguíneos e aumento de trombos (SANTOS; SANTOS, 2021).

Outra revisão da literatura observou que o DM descontrolado e a obesidade são importantes fatores de risco para a COVID-19 grave, associados a um pior

prognóstico e, conseqüente necessidade de tratamento intensivo. O risco é justificado pelas alterações fisiopatológicas decorrentes dessas patologias, sendo elas, descontrole glicêmico e inflamação crônica característica de pacientes obesos e diabéticos, comprometimento respiratório, aumento na expressão de receptores de ligação à cápsula viral, as quais, em conjunto, favorecem um pior desfecho clínico (ANDRADE *et al.*, 2021).

Quanto às sequelas pós-covid, verbalizadas pelos idosos durante a entrevista no dia da alta, tais como, dor ao respirar, perda de força muscular, perda da memória e dificuldade de localização do tempo e espaço, também estão em consonância com as PBE disponíveis sobre o assunto. Este conjunto de sintomas inespecíficos vem sendo chamado, por especialistas, de síndrome pós-covid, algo que acomete parte dos pacientes atingidos pela doença (PERES, 2020).

Uma revisão sistemática sobre as sequelas deixadas pelo Sars-Cov-2 e o impacto na vida das pessoas apontou que, além do período de incubação e manifestação dos sinais clínicos, a COVID-19 acarreta muito mais sofrimento pela permanência de sequelas que retardam esse quadro, pelo acometimento de tecidos vitais como o cardiológico, muscular, neurológico e psicológico (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Outro estudo, realizado pelo Laboratório do Estudo do Movimento do Instituto de Ortopedia e Traumatologia, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, destacou que esses pacientes estão propensos a desenvolver alterações cardíacas, miopatia difusa, diminuição da função pulmonar, diminuição da força muscular inspiratória e deterioração da capacidade funcional. Como se configura, é esperado que os pacientes afetados pela COVID-19 sofram sequelas musculoesqueléticas em decorrência do processo inflamatório e perda de massa muscular causada pela imobilidade, que geram incapacidades motoras ainda não quantificáveis (GREVE *et al.*, 2020).

No decorrer das entrevistas alguns idosos relataram sobre a demora para buscar atendimento médico, após o agravamento dos sintomas da COVID-19, ao confundirem com sintomas gripais. Estes relatos, corroboram um estudo observacional retrospectivo, de pacientes que receberam atendimento médico, com suspeita de COVID-19, em 688 unidades ambulatoriais e hospitais na Cidade do México, pois evidenciou que pacientes mais velhos procuraram atendimento médico

mais tarde, com maiores taxas de sintomas de gravidade no primeiro atendimento (MANCILLA-GALINDO *et al.*, 2021).

Da mesma forma, outro estudo realizado na Bélgica destacou que os pacientes que sofreram maior atraso na internação são aqueles na categoria de 20 a 60 anos e 60 a 80 anos. Quando comparados com os menores de 20 anos, o tempo de início dos sintomas à internação é mais do que dobrado nestas faixas etárias (FAES *et al.*, 2020).

Ainda sobre a demora para buscar atendimento médico, um estudo fenomenológico, realizado no Irã com pacientes internados em hospitais de referência COVID-19, apontou que um dos temas da pesquisa foi a negação da enfermidade relacionada à descrença e a confusão da doença com outras patologias (JAMILI *et al.*, 2021).

A respeito das falas dos pacientes, sobre o impacto da COVID-19 na saúde mental, destaca-se que pesquisas têm apontado que a pandemia contribuiu consideravelmente para o desenvolvimento ou exacerbação de doenças mentais (BANERJEE, 2020; GARDINER *et al.*, 2022; MONTEIRO; FIGUEIREDO; CAYANA, 2021). Uma vez que pessoas acima de 60 anos estão mais expostas ao risco de morte pela COVID-19, seja pela fragilidade do sistema imunológico, seja pelas condições crônicas características nesta idade, ficam mais suscetíveis (LLOYD-SHERLOCK; EBRAHIM; GEFFEN, 2020; WU, 2020).

Os idosos também relataram o impacto na vida social e as mudanças na rotina da vida, devido ao isolamento social. Uma revisão da literatura apontou que este isolamento pode gerar diversas consequências, tais como, sentimentos negativos e alterações na saúde mental. Isso ocorre em virtude de uma mudança brusca na vida das pessoas, sem tempo determinado para terminar. Na terceira idade, essa angústia pode ser potencializada, quando o medo de estar distante de seus entes queridos ocorre, junto com as preocupações do avanço da idade (SANTOS; BRANDÃO; ARAÚJO, 2020).

Uma pesquisa realizada com dados epidemiológicos nos Estados Unidos demonstrou crescimento das taxas de suicídio entre idosos, durante o isolamento, destacando a urgência de estudos mais específicos sobre a saúde mental de pessoas mais velhas nestas condições (VAHIA *et al.*, 2020). Em pesquisa realizada na Índia, os participantes revelaram pânico e dificuldade de dormir, após acompanhar as notícias da pandemia em noticiários e na mídia geral, sendo que 75% afirmaram a

necessidade de oferecer cuidados mentais à população, e mais de 80% reconheceram necessitar desse tipo de intervenção (ROY *et al.*, 2020).

Some-se ao cenário da COVID, nesta pesquisa, que a Fé e a espiritualidade foram destacadas pelos idosos como recursos para preservação da saúde mental durante a internação pelo coronavírus. Em um artigo, no qual é realizada uma discussão sobre os mecanismos fisiopatológicos da COVID-19 e como a religião e a fé podem ser úteis nesse contexto, destacou-se que podem ser ferramentas importantes para minimizar o sofrimento da população neste momento. A pesquisa enfatizou que os cuidados espirituais são reconhecidos, há muito tempo, como domínios importantes para promoção da saúde e bem-estar de pessoas doentes e hospitalizadas (GUIMARÃES FILHO *et al.*, 2021).

Uma dissertação de Mestrado, realizada na Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apresentou dados importantes sobre a espiritualidade. O objetivo era analisar as situações de conexão entre saúde e religião, que ocorreram durante o atendimento dos pacientes acometidos por COVID-19, pela equipe multiprofissional, em áreas hospitalares. A crise sanitária trouxe um medo que permeou todos os ambientes e apontou para a necessidade de construir um novo fazer, incluindo o cuidado espiritual no plano terapêutico de forma clara e direta, baseada em estruturas éticas e humanizadas (RITTA, 2021).

Quanto às falas dos idosos sobre a contaminação concomitante, pelo coronavírus, de mais de um membro da família, com internação e morte de parentes próximos, estão em consonância com o contexto brasileiro, na segunda onda da doença, quando houve flexibilização das medidas de isolamento social e maior número de pessoas retomou o convívio familiar de forma rotineira. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em nota publicada no ano de 2021, descreveu que medidas rigorosas de distanciamento foram adotadas antes e durante a primeira onda, mas não o foram antes da segunda onda ou mesmo quando esta já se manifestava em várias partes do país. De acordo com o documento, a adoção de medidas mais rígidas, provavelmente, teria prevenido casos, internações, óbitos e pressão sobre os sistemas de saúde (MORAES, 2021).

Estudo realizado na Índia, sobre a contaminação concomitante de vários membros da família, indicou que a mobilidade humana no ambiente doméstico teve maior influência relativa na taxa de crescimento diário. Isso aconteceu na segunda

onda da Pandemia de COVID-19, o que foi capaz de intensificar a gravidade da doença neste período, no país (TANG *et al.*, 2022).

A campanha de vacinação contra o coronavírus iniciou, no Brasil, em janeiro de 2021, por meio do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, tendo como grupo prioritário os idosos (BRASIL, 2022). Assim, Quando as entrevistas foram realizadas (março a maio de 2021), os serviços de APS ainda lidavam com a escassez de insumos e com o desafio logístico para realização da vacinação em larga escala (SOUZA; BUSS, 2021). De fato, os entrevistados relataram a falta de oportunidade para tomar a primeira dose de vacina e falta de tempo hábil para a segunda dose, antes do contágio pela doença e hospitalização.

De acordo com dados oficiais, cerca de 13 milhões de doses já haviam sido aplicadas na população brasileira, até meados de março de 2021 (BRASIL, 2022). De qualquer forma, os dois imunobiológicos que estavam disponíveis neste período necessitavam de duas doses para completar o esquema vacinal, portanto, o número de doses aplicadas ainda não correspondia ao número total de pessoas imunizadas.

No que diz respeito à descontinuidade no acompanhamento de saúde, durante a pandemia, os idosos relataram o adiamento de atendimentos de saúde na APS, assim como, mudanças na rotina dos serviços de saúde no acompanhamento da doença crônica. Um estudo realizado pelo *Urban Institute*, localizado em Washington, Estados Unidos, avaliou atendimentos de saúde atrasados ou perdidos durante a pandemia, entre adultos de 18 a 64 anos e evidenciou que a COVID-19 interrompeu abruptamente os cuidados de saúde, levando pacientes adiarem o acompanhamento das doenças crônicas (GONZALEZ *et al.*, 2021).

Em relato de experiência de um médico, sobre o atendimento de pacientes com patologias diferentes do coronavírus, no *Brigham and Women's Hospital*, em Boston, Massachusetts, apontou que a crise do COVID-19 é fato histórico, sem precedentes para a população mundial. De acordo com o relato, o período pandêmico é um momento de grande tensionamento para o sistema de saúde, no qual há risco de pacientes sem COVID-19 ficarem, temporariamente, invisíveis, com maior risco de saúde. Dessa forma, faz-se necessário que as políticas de saúde se adaptem a esta nova realidade e desenvolvam estratégias para o atendimento das demandas de saúde da população (LEE, 2020).

Ainda que os idosos que participaram desta pesquisa tenham destacado a descontinuidade no acompanhamento da doença crônica, fator que pode ter

contribuído para deixá-los mais vulneráveis ao Sars-Cov-2 e suas complicações clínicas, o foco principal desta pesquisa foi a TC do idoso, do hospital para casa.

No contexto da COVID-19, no qual a população idosa ficou mais exposta aos atendimentos de urgências, emergências foi profundamente impactada por perdas funcionais. Esses efeitos foram causados por longas e degradantes internações, em que as preocupações relacionadas com a sua volta para casa tornaram-se legítimas e relevantes na organização dos serviços de saúde que prestam assistência a esta população.

De acordo com Naylor, Hirschman e McCauley (2020), os idosos com COVID-19 que sobreviveram a hospitalizações e voltaram para suas casas estão enfrentando desafios importantes de saúde e um futuro imprevisível. Os autores ressaltam que, aumentar a capacidade de triagem, construir relacionamentos de confiança com os idosos, melhorar o envolvimento do paciente, promover a colaboração entre as equipes de atendimento, realizar o gerenciamento de sintomas, aumentar o cuidado/educação do familiar, coordenar os serviços sociais e de saúde e melhorar a continuidade dos cuidados podem ser fundamentais para TC bem-sucedidas.

A discussão sobre TC, em especial de idosos, do hospital para casa, ainda é embrionária no Brasil, tanto no que se refere ao desenvolvimento de pesquisas, quanto sobre a existência de políticas públicas específicas (SIQUEIRA; VILA; WEISS, 2018; WEBER *et al.*, 2017). Neste estudo, a maioria dos TE apresentou desconhecimento sobre o conceito de TC. Estes profissionais compõem a equipe multidisciplinar, participam ativamente do cuidado e do momento da passagem de plantão, interagindo com pacientes e familiares, profissionais de saúde, serviços de apoio e outros grupos, para fins de continuidade do atendimento hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021). Dessa forma, destaca-se a importância de conhecerem o tema e desenvolverem habilidades para condução de TC seguras junto com a equipe assistencial.

Apenas um TE discorreu a respeito do seu significado, definindo a TC como transferência de cuidado, compreendida como entrega segura do paciente para outro serviço de saúde. Alguns autores, ao discorrer sobre essa definição, tratam de aspectos importantes a serem considerados durante as transições, tais como comunicação efetiva, trabalho em equipe, cuidado centrado na pessoa e continuidade do cuidado (GÖBEL *et al.*, 2012; MERTEN; GALEN; WAGNER, 2017).

A equipe multidisciplinar também relacionou o conceito de TC com a transferência de cuidado, porém agregou novos valores ao significado, tais como, a continuidade do cuidado na RAS, trabalho em equipe, assistência domiciliar, rede de apoio e envolvimento da família no processo de transição. Estes eixos destacados pelos profissionais de saúde, corroboram com definições de TC identificadas na PBE relacionadas ao tema.

Para Naylor, Hirschman e McCauley (2020) a TC realizada com segurança deve prever interfaces entre cuidados primários, especializados, hospitalares e comunitários, tendo como atores principais o paciente, a família e os cuidadores. Essas autoras também destacam a importância do trabalho em equipe e a condução terapêutica entre equipes de diferentes níveis de atenção à saúde.

Ao considerar 10 domínios para a realização de TC seguras, Burke *et al.* (2013) destacam que a coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde e o acompanhamento nos serviços ambulatoriais fazem parte desta estrutura.

Para Coleman *et al.* (2004), um dos quatro pilares que sustentam a TC segura, é a continuidade do cuidado em tempo oportuno, na atenção primária e na especializada. Em outros estudos, este mesmo autor também reforça a importância do envolvimento da família durante as TC (COLEMAN; MIN, 2015).

Nesta pesquisa, no protocolo elaborado, revisado e validado pela instituição, a TC foi fundamentada em atividades assistenciais que preveem um plano abrangente de cuidados, comunicação, educação do paciente e da família, e coordenação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços de saúde da RAS. Além disso, também foi relacionada com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social e comunitária, monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais. Tal definição está sustentada nas principais PBE disponíveis sobre a temática (BURKE *et al.*, 2013; COLEMAN; ROSENBEK; ROMAN, 2013; NAYLOR; HIRSCHMAN; MCCAULEY, 2020)

Neste estudo, os participantes apontaram para PRM durante a admissão, internação e TC do idoso para casa, tais como a falta de adesão aos medicamentos, polifarmácia, discrepâncias medicamentosas no processo assistencial, falhas na segurança do paciente, no que diz respeito aos medicamentos de uso contínuo, e falta de padronização no fornecimento de receita médica na alta hospitalar. Apesar de alguns indícios de que a RM ocorra, na prática, e seja atividade importante durante as

internações hospitalares, não se caracterizou como uma atividade institucionalizada e sistematizada.

De acordo com Smith *et al.* (2015), devido à complexidade clínica dos idosos internados e o número de intervenções realizadas durante a internação, a hospitalização pode estar relacionada com importantes modificações no uso de medicamentos pelos pacientes, sobretudo, quando são realizadas mudanças nas prescrições, após a alta hospitalar.

Em uma revisão da literatura realizada pelo GAAPS, sobre os PRM durante as transições do cuidado de idosos, do hospital para casa, destacou-se que pessoas mais velhas estão mais vulneráveis aos problemas com medicamentos. Geralmente, esses idosos recebem cuidados de muitos profissionais e transitam com frequência em diferentes serviços de saúde, tornando-se particularmente mais suscetíveis a mudanças na terapêutica medicamentosa e falhas assistenciais nas transições de cuidado (VALENTE *et al.*, 2019).

Outra revisão da literatura, em 20 estudos analisados, identificou alta frequência e complexidade nos problemas em idosos, após a alta hospitalar. O estudo teve como objetivo investigar a extensão e a frequência de PRM (descontinuidade, adesão, erros, interações e eventos adversos) após a alta hospitalar e a eficácia das intervenções destinadas a reduzi-los (GARCIA-CABALLOS *et al.*, 2010).

Em um estudo que teve como objetivo descrever o autogerenciamento de medicamentos pós-alta hospitalar, por pacientes geriátricos com polifarmácia, relatar os problemas encontrados e determinar os fatores relacionados, apontou que o número de medicações e a falta de gerenciamento intra-hospitalar de medicamentos por enfermeiros foram preditores significativos de deficiências no autogerenciamento pós-alta (MORTELMANS; GOOSSENS; DILLES, 2022).

Segundo publicação do MS, estima-se que aconteçam por ano, no país, entre 1,2 e 3,2 milhões de internações hospitalares de urgência, ligadas ao mau uso de medicamentos. O custo, somente para o SUS, desses problemas, pode chegar a 3,6 bilhões de reais por ano (BRASIL, 2014). Nesse aspecto, os PRM podem ser considerados como um grande desafio para a Saúde Pública, no Brasil.

Autores destacam que os Programas de RM podem ser estratégia útil para reduzir esses problemas. A implantação de atividades de conferência de medicações, o uso de checklists e a educação sobre autogestão de medicamentos podem

potencializar as ações da equipe assistencial, favorecendo a segurança nas TC (AQUINO *et al.*, 2017; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014; VALENTE *et al.* 2019).

Neste estudo, durante a elaboração, revisão e validação do protocolo de TC, foi proposto que a atividade de RM ocorra na admissão, internação e alta do idoso, bem como a conferência da sua efetivação aconteça em atividade diária. Também foi proposto uma atividade intitulada de *round* terapêutico, o qual tem o objetivo de orientar o idoso, familiares e/ou cuidadores sobre o plano de cuidados durante o processo de internação e alta, incluindo os medicamentos a serem continuados em casa.

Além disso, nesta pesquisa, fez parte da organização do processo assistencial o fornecimento de receita médica, de forma padronizada e orientações escritas e verbais no momento da alta sobre o uso de medicamentos em casa, para continuidade do tratamento da doença que gerou a internação, até sobre medicamentos de uso contínuo.

Estudos apontam que os profissionais de saúde dos hospitais possuem importante função na terapia medicamentosa utilizada pelo idoso, durante a hospitalização e pós-alta. Observa-se que são responsáveis pela farmacoterapia no período da internação, realizam o encaminhamento dos pacientes para outros serviços da RAS e pelo fornecimento de informações em relação aos medicamentos em uso (ALJASMI; ALMALOOD; AL ANSARI, 2018; POLDERVAART *et al.*, 2017; SMITH *et al.*, 2015).

Outras pesquisas indicam que avanços no preparo intra-hospitalar e PA podem evitar problemas de autogestão de medicamentos em casa; a eficácia dessas ações podem melhorar ainda mais quando são combinados com estratégias de acompanhamento domiciliar (GARCIA-CABALLOS *et al.*, 2010; MORTELMANS; GOOSSENS; DILLES, 2022).

Um estudo qualitativo foi realizado, com o objetivo de compreender o processo de contrarreferenciamento farmacoterapêutico. A partir das experiências de profissionais de saúde, o estudo apontou que a preparação prévia da alta hospitalar e o fortalecimento do processo de comunicação são algumas propostas indicadas. Por intermédio dessas propostas, é possível fortalecer a rede de cuidados, assim como, a identificação das especificidades de cada paciente e familiares em relação ao uso dos medicamentos (COSTA; SILVA, 2021).

Sobre a rede de apoio familiar durante as TC de idosos, do hospital para casa, os profissionais de saúde que participaram da pesquisa, indicaram a preocupação com o envolvimento da família de forma participativa no PA, assim como, os idosos reforçaram a importância dos familiares na reabilitação pós-alta. Apesar do destaque para o tema, foi identificado, na prática, a falta de uma diretriz assistencial para nortear as ações da equipe de saúde.

De acordo com Aires *et al.* (2020), idosos com múltiplas condições crônicas são menos capazes de se envolver e participar de seus próprios cuidados e, frequentemente, necessitam de cuidadores familiares para reabilitação pós-alta hospitalar. Os familiares cuidadores são definidos como aqueles informais, não remunerados, pode ser um cônjuge, filhos, parentes, amigos ou vizinhos. Estes cuidadores, em geral, estão envolvidos nas atividades da vida diária e/ou nas tarefas médicas dos idosos (ANJOS; MAGALHÃES, 2020; MOSQUERA *et al.*, 2016).

No Brasil, a família do idoso com alguma dependência, assume o cuidado, informalmente, em mais de 90% dos casos. Apesar da magnitude de seu papel na facilitação dos cuidados de saúde, estes cuidadores familiares, muitas vezes, realizam as atividades de cuidado sem o preparo necessário e sem o apoio dos membros da equipe de saúde (GARBACCIO; TONACO, 2019).

É digno de nota o parecer de Coleman e Roman (2015), ao analisar as facilidades dificuldades e desafios que os familiares enfrentam ao assumir papéis de cuidadores, apontaram que estes desempenham um papel central, mas ainda pouco reconhecido, na garantia de qualidade e segurança durante a transição do hospital para casa.

De acordo com os autores mencionados, ao realizarem um estudo qualitativo com cuidadores familiares, não remunerados, identificaram que os papéis e contribuições nos cuidados se desdobram em um espectro em que a prontidão, vontade e capacidade de ambas as partes são muitas vezes dinâmicos e não reconhecidos. Os cuidadores familiares têm objetivos únicos e potencialmente incongruentes com os do paciente; sentem-se despreparados para gestão de medicação pós-alta; precisam de incentivo para firmar sua identidade e o seu papel; muitas vezes assumem a responsabilidade pela continuidade do cuidado e tarefas relacionadas com plano terapêutico (COLEMAN *et al.*, 2015).

Um estudo exploratório descritivo foi realizado em hospitais universitários de duas grandes cidades do Irã. O objetivo era explorar experiências de cuidadores

familiares durante cuidados de transição de pessoas com diabetes e condições crônicas concomitantes. O estudo identificou dois temas relevantes na pesquisa referentes à transição insegura (alta não planejada, comunicação inadequada, falta de atendimento pós-alta e equipe de saúde indisponível) e esforço erosivo (carga financeira, estresse psicológico, exaustão física e falta de rede de apoio) (NIKBAKHT-NASRABADI; MARDANIAN-DEHKORDI; TALEGHANI, 2021). Os achados apontaram para a importância de elaborar um plano de alta e da preparação dos cuidadores familiares para TC.

No presente trabalho, durante o desenvolvimento do protocolo de TC, para envolvimento da família no processo assistencial de forma sistemática, foram propostas atividades para compor o plano terapêutico do idoso internado. As atividades destacam a identificação da rede de apoio familiar, definição de um familiar/cuidador porta-voz, para direcionar as informações relevantes do plano terapêutico na internação e PA, avaliação da necessidade de acompanhante durante a internação e preparação para os cuidados pós alta, reuniões com as famílias para comunicações mais complexas, além de *rounds* terapêuticos periódicos para discussão do plano de cuidados.

Estas ações estão em consonância com as principais PBE sobre o tema. Coleman, Ground e Maul (2015), em uma pesquisa prospectiva de coorte, aprimorou o CTI para torná-lo mais responsivo às necessidades dos cuidadores familiares. Para tanto, foram usados como base os quatro pilares da TC: transferência de informação; preparação do paciente, familiar e/ou cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências. Naylor e Keating (2008), ao descreverem os principais componentes dos cuidados de transição, apontaram que o engajamento do cuidador deve ser realizado por meio de ações deliberadas e consistentes, que avaliem suas perspectivas, necessidades e capacidades, fomentando tomadas de decisões compartilhadas sobre os planos de cuidados do idoso, ao promover a responsabilização compartilhada das ações e assegurar relações recíprocas e respeitadas.

A continuidade do cuidado, entendida neste estudo como a transferência de cuidados necessários à manutenção ou recuperação da saúde, de maneira organizada e sem interrupções, nos serviços de saúde que compõem a RAS, foi tema relevante que emergiu na fala dos participantes. Tal procedimento foi apontado como importante recurso para solucionar problemas enfrentados por idosos pós-alta

hospitalar, o que é corroborado por alguns autores, ao definirem a continuidade como ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014; RIBAS *et al.*, 2018; UTZUMI *et al.*, 2018; VERAS *et al.* 2014).

De acordo com Utzumi *et al.* (2018), as práticas para a continuidade da assistência dependem da comunicação efetiva entre todos os atores sociais envolvidos, da articulação dos saberes e informações para atender à singularidade dos usuários. Portanto, é no contexto das interações sociais e compreensão das ações humanas que se dá a continuidade do cuidado.

Nesta pesquisa, a realização da contrarreferência, o fornecimento do relatório de alta para o idoso e o acesso aos resultados de exames pós-alta foram considerados como atividades utilizadas pelo hospital, para continuidade do cuidado na rede de saúde. As fragilidades relacionadas à entrega de documentos no ato da alta foram destacadas pelos participantes, pela falta de padronização da atividade e pela grande quantidade de papéis entregues ao idoso e familiares, sem tempo hábil para compreensão das orientações. Ainda que os profissionais de saúde considerem a importância da comunicação formal, também avaliam que ela não pode ser considerada como garantia de acesso a outros serviços da RAS.

Alguns estudos que tratam da alta hospitalar e da transferência de cuidado, entre serviços de saúde, apontam para dificuldades comuns, relacionadas com as informações contidas nos relatórios de altas. De acordo com estes estudos, geralmente, os relatórios estão incompletos, com divergências entre os cuidados necessários e os prestados. Além disso, há falta de clareza sobre as necessidades específicas dos pacientes para realização de transições seguras (EGGEN *et al.*, 2018; RATTRAY *et al.*, 2017).

Corroborando estas fragilidades, algumas pesquisas apontam para a alta hospitalar como um recurso burocrático de liberação do paciente, do hospital para casa, após a sua melhora clínica. Nesse caso, sem que haja tempo suficiente para ele participar de experiências educativas sobre o autogerenciamento da sua nova condição de vida, após a internação (MORAIS *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

A continuidade do cuidado, alicerçada apenas na comunicação burocrática, pode se tornar vulnerável à medida que os idosos podem ter déficits de conhecimento sobre a autogestão do estado de saúde. Nesta particularidade, os idosos podem encontrar dificuldades para realizar procura espontânea de serviços de saúde, a APS

pode ter dificuldades na busca ativa no território de saúde, o hospital pode cometer falhas de comunicação com a UBS de referência durante a TC, bem como, pode haver deficiências organizacionais na RAS (MENDES, 2011; ÖSTMAN *et al.*, 2021).

Tendo em vista essas questões, para qualificar esta estratégia, é imprescindível que a interação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços e os usuários seja considerada como principal elemento para a continuidade do cuidado. No encontro dos sujeitos, as expectativas são compartilhadas e ocorre a compreensão das ações para a autogestão do estado da saúde (HILL *et al.*, 2018; UTZUMI *et al.*, 2018).

Alguns autores apontam que esses documentos burocráticos, fornecidos no ato da alta hospitalar ao paciente e familiares, desde que associados a um programa abrangente de transição de informações, podem ser potentes ferramentas que orientam o acesso do idoso à RAS (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019; BENCH; CORNISH; XYRICHIS, 2016). Nesta pesquisa, durante a construção do protocolo de TC, a contrarreferência e o relatório de alta foram potencializados como recursos de continuidade do cuidado, por meio da organização do processo assistencial e implantação de outros meios comunicativos com os serviços de saúde que compõem a rede de saúde.

No que diz respeito à continuidade do cuidado, outros dispositivos de comunicação com os serviços de saúde da RAS foram considerados nesta pesquisa. Foram indicados o envio da cópia do relatório de alta para o e-mail da UBS de referência e o contato via telefone com os profissionais da APS, em situações específicas de cuidado, como ações relacionadas à alta responsável do idoso. Por mais que a equipe de saúde hospitalar tenha apontado para a fragmentação dessas ações, já desenvolvidas no cotidiano de trabalho e para a falta de padrão e critérios para sua realização, estas estratégias se configuraram como atividades assistenciais com forte potencial para implantação do protocolo de TC.

No sentido de corroborar esta discussão, estudos apontam para a importância de utilizar de diferentes meios de comunicação entre as equipes de saúde do hospital e a APS para continuidade do cuidado. É sugerida a criação de sistemas de informação para o intercâmbio entre os níveis de atenção à saúde, pois facilita a troca de informações e qualifica o processo de alta hospitalar (COSTA *et al.*, 2020b; COUTURIER; CARRAT; HEJBLUM, 2016; RATTRAY *et al.*, 2017).

Foi realizada uma revisão com o objetivo identificar na literatura, estratégias de TC entre níveis de atenção à saúde, em países da América Latina. Constatou-se que a comunicação de informações, do hospital para APS, pode ser alcançada pelo envio das informações completas dos pacientes por e-mail, telefonemas e relatórios de alta, indicando as razões para internação dos pacientes, bem como seu histórico, medicamentos prescritos, tratamento, necessidades nutricionais, acesso a serviços de saúde, apoio social e considerações especiais. (LIMA *et al.*, 2018). Esses recursos podem ser considerados positivos e colaborar para o aperfeiçoamento dos processos de TC na rede de saúde.

Nesta pesquisa, identificou-se um descompasso entre a fala da equipe de saúde hospitalar e a fala dos idosos. A equipe apresentou uma visão fragmentada e parcial sobre as possibilidades de acesso do idoso aos serviços de APS durante as TC e a fala dos idosos apontou para vínculos já estabelecidos com as UBS de referência, antes mesmo da internação hospitalar. Tal fato pode estar associado com o desconhecimento desses profissionais sobre a existência e organização dos serviços de saúde que compõem a RAS. Nesse caso, durante a fase de elaboração, revisão e validação do protocolo de TC, foram propostas ações que possibilitem à equipe maior conhecimento do território no qual estão inseridos, a partir de planejamentos de altas mais assertivas, de acordo com a realidade dos serviços de saúde da região.

Uma pesquisa que teve como objetivo identificar os desafios da Atenção Primária à Saúde e Terciária, nos serviços de saúde de um município do sul do Brasil, apontou que a falta de comunicação, associada ao desconhecimento dos funcionários sobre o funcionamento dos serviços de saúde, são fatores que podem comprometer a articulação na RAS (BRONDANI *et al.*, 2016).

Em um estudo no qual são analisadas as condições de acesso integral à rede assistencial, segundo o caminho percorrido pelos usuários, Sousa *et al.* (2014) descreveram que é incipiente a articulação entre os níveis assistenciais, evidenciada pela ausência de comunicação entre os serviços de atenção primária e especializada. Destacaram que é relevante o fortalecimento da integração entre os serviços e os profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na RAS.

Outro estudo teve como objetivo realizar revisão crítica da literatura sobre modelos que tenham avaliado a efetividade de redes assistenciais integradas e coordenadas para a população idosa. Ficou demonstrada a necessidade de que o

cuidado do paciente deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida, com a integração dos serviços em todos os níveis de atenção à saúde (VERAS *et al.*, 2014). Os participantes desta pesquisa apontaram para as fragilidades do idoso, no gerenciamento do seu estado de saúde e a incapacidade para monitorar a situação, o que foi demonstrado pelas readmissões hospitalares não programadas.

As readmissões hospitalares são um problema frequente nas instituições de saúde (DIAS *et al.*, 2021; RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016; TESTON *et al.*, 2016). Um estudo analisou as readmissões hospitalares em instituições públicas e privadas, em Ribeirão Preto – SP, e identificou uma taxa média de readmissão de 14,2%. As readmissões mais frequentes ocorreram em pacientes adultos com, no mínimo, uma comorbidade associada. Predominaram as readmissões pelo SUS, em hospitais com mais de 100 leitos e elevada complexidade assistencial (DIAS *et al.*, 2021). Outro estudo, que avaliou a readmissão precoce de pacientes em hospital público de alta complexidade em cardiologia, identificou que 47,9% reinternaram dentro de 30 dias após a alta hospitalar, 61% do sexo masculino, idade média de 57 anos (RICCI; ARAÚJO; SIMONETTI, 2016).

Uma readmissão pode trazer ônus ao sistema de saúde, desconforto ao idoso e familiares. Nesse sentido, conforme apontado por algumas pesquisas, os programas de TC podem contribuir para o desenvolvimento de competências, nos idosos e familiares, para realizarem a gestão do estado de saúde após alta hospitalar (ACOSTA *et al.*, 2022; FINLAYSON *et al.*, 2018; KRIPALANI *et al.*, 2014; WU *et al.*, 2019)

Neste estudo, as readmissões hospitalares foram consideradas, na construção do protocolo, como indicador para monitoramento da qualidade das atividades assistenciais relacionadas à TC. Pesquisas corroboram esta prática, ao considerar que a readmissão hospitalar é um importante indicador de resultado, utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados e monitorar o acesso inadequado ou excessivo às internações hospitalares (DIAS, 2015; LAZAR; FLEISCHUT; REGAN, 2013).

Concernente ao processo assistencial, nesta pesquisa, apresentou-se de forma fragmentada, pela inexistência de um eixo condutor que direcionasse, de forma clara e objetiva, o idoso e sua família durante a TC do hospital para casa. Vale destacar que algumas atividades importantes relacionadas com a TC, tal como o PA mostrou-se de forma frágil, na rotina de trabalho. Apesar do esforço da equipe assistencial em

preparar e realizar atividades de educação em saúde para alta hospitalar, em muitas situações este trabalho não foi absorvido pelos idosos e sua família.

Há recomendações de que o PA deve iniciar na admissão hospitalar, para garantir que o paciente deixe o hospital no momento apropriado e com a organização adequada das necessidades pós-alta (COUTURIER; CARRAT; HEJBLUM, 2016; EGGEN *et al.*, 2018; MENNUNI *et al.*, 2017; WEEKS *et al.*, 2018). Entretanto, observa-se que na prática assistencial, o processo realizado frente à alta, em muitas instituições hospitalares, apresenta-se de forma desorganizada e a atuação da equipe limita-se à retirada de dispositivos invasivos e fornecimento de orientações simplórias e gerais, sobre o estado de saúde (COUTURIER; CARRAT; HEJBLUM, 2016; EGGEN *et al.*, 2018; RATTRAY *et al.*, 2017).

Ainda que as atividades executadas pela equipe assistencial tenham forte potencial, para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao idoso durante a TC, a ausência de um protocolo na instituição dificulta sistematizar o processo assistencial e executar um plano de cuidados centrado no paciente. Autores que tratam do tema destacam que os protocolos podem ser recursos importantes para guiar as práticas assistenciais, bem como a sua qualidade (ENGLE *et al.*, 2021; KRAUZER *et al.*, 2018; PIMENTA, 2017; VIEIRA *et al.*, 2020).

Para aperfeiçoar a TC do idoso, do hospital para casa, os pesquisadores recomendam a elaboração de um plano de cuidados centrados no paciente; a garantia da segurança do paciente por meio da efetivação da RM no processo de admissão, internação e alta; a unificação do processo de alta com a entrega de relatórios estruturados e comunicação precisa entre os diferentes níveis de atenção à saúde (COUTURIER; CARRAT; HEJBLUM, 2016; EGGEN *et al.*, 2018; KABLE *et al.*, 2015; LINDQUIST *et al.*, 2017; RATTRAY *et al.*, 2017).

Acrescente-se que o plano de cuidados foi o eixo norteador para condução de transições dos cuidados de idosos, do hospital para casa, o que se mostrou como aspecto fundamental para organização das atividades já realizadas pela equipe assistencial. Portanto, durante a construção do protocolo de TC, o plano de cuidados apresentou-se como tema transversal aos demais que compuseram o documento assistencial. De acordo com estudos, o plano de cuidados é um recurso de comunicação poderoso, colaborativo e de responsabilidade compartilhada, centrado nos valores do doente e da família (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2016; CARNEIRO; SIMÕES; CARNEIRO 2019).

Segundo o entendimento de Coleman *et al.* (2002), o plano de cuidados centrado no indivíduo pode ser considerado um atributo fundamental para transições do cuidado bem-sucedidas. Este autor destaca que o plano deve atender às necessidades do paciente e de sua família. Estudos que avaliaram programas de TC, os quais têm como base o envolvimento do paciente e família na condução do seu plano de cuidados, PA e autogerenciamento do estado de saúde, apresentaram resultados positivos na redução no número de readmissões hospitalares e no número de atendimentos no departamento de emergência (LOGUE; DRAGO, 2013; LOW *et al.*, 2017; MORRISON; PALUMBO; RAMBUR, 2016).

Para medir a qualidade da TC do idoso do hospital para casa, após a sua implantação, foi proposto um indicador baseado no CTM15 (COLEMAN *et al.*, 2002). Esta medida de transição tem sido utilizada como indicador de qualidade de serviços de saúde em diferentes países (ACOSTA, 2016) e a OMS o adotou como um dos indicadores do *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH), programa que avalia o desempenho de hospitais europeus e a qualidade dos serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Desta forma, os indicadores de qualidade previstos no CTM 15 foram contemplados na construção do protocolo assistencial, elaborado, revisado e validado pela equipe, com a finalidade de medir a TC.

Como limitante deste estudo, destaca-se que a pesquisa foi realizada em um hospital de médio porte no interior do país, em uma das regiões mais desenvolvidas do Brasil. Este aspecto pode não ser representativo para realidade brasileira, o que dificulta a generalização dos resultados, além de considerar a interferência do contexto da pandemia no desenvolvimento da pesquisa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou desenvolver e propor um protocolo de TC, do hospital para casa, direcionado aos idosos, a partir da imersão na prática assistencial e compreensão das percepções dos pacientes e profissionais da equipe multiprofissional, acerca da temática.

A TC, enquanto eixo norteador desta pesquisa, foi evidenciada com uma riqueza de significados. Aspectos importantes da PBE emergiram no contexto do estudo, tais como, integralidade da assistência, continuidade do cuidado na RAS, transferência de cuidado entre os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, importância da família, rede de apoio no cuidado do idoso na TC e assistência domiciliar. Esses fatores sustentaram a construção do protocolo de TC do idoso, do hospital para casa, junto com a equipe assistencial.

Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), as fragilidades da relação do hospital com os serviços de saúde que compõem a RAS, a falta de padrão e critério para o envolvimento da família no cuidado do idoso durante a internação e preparação para alta foram evidenciados pela fragmentação do processo assistencial, impactando diretamente na segurança das transições do cuidado, do hospital para casa, realizada no local da pesquisa.

As atividades assistenciais, tais como, a visita multidisciplinar, o acionamento dos profissionais da equipe multidisciplinar, a conferência familiar, o boletim médico, os fluxos de solicitação de dispositivos e materiais disponíveis na rede de saúde ou social dos municípios são fundamentais. Confirma-se que a preparação para alta, ainda que desconectada, em alguns aspectos, de um plano de cuidados, apresentou-se como estratégia com grande potencial no desenvolvimento de TC bem-sucedidas. O plano de cuidados foi considerado como o fio condutor para organização dessas atividades, tendo o idoso e sua família como atores principais.

O método convergente-assistencial apresentou-se como um recurso valioso de organização da TC, em instituições hospitalares e como uma estratégia significativa para o exercício da gestão. A imersão no contexto do estudo como pesquisadora/gestora possibilitou uma compreensão ampliada da TC na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado, assim como possibilitou a intervenção na prática assistencial de maneira colaborativa com os atores que dela participam.

Os desafios na execução deste método de pesquisa estão na capacidade do pesquisador em romper com os pré-conceitos e paradigmas criados durante a construção do projeto de pesquisa. A exemplo disso, destaca-se a proposta concebida nos Grupos de Convergência, sobre a elaboração de uma escala de classificação da demanda de atenção da equipe assistencial, fundamentada no princípio da equidade, a qual poderá ser aprofundada e desenvolvida em pesquisas futuras.

O resultado dessa Tese de Doutorado colaborou com a qualificação do processo assistencial, no local em que foi desenvolvido. Para implantar o protocolo de TC será necessário um acompanhamento sistemático do plano de ação, pela equipe assistencial e gestores da instituição. Novas pesquisas poderão ser realizadas após a sua implantação para medir a efetividade e impacto nas transições de idosos do hospital em que foi realizada a pesquisa, para casa.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABOUMATAR, H. *et al.* Effect of a hospital-initiated program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 322, n. 14, p. 1371–1380, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11982>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** 2016. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/152735>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: 11 out. 2021.
- ACOSTA, A. M. *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 41, p. e20190155, 2020. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- ACOSTA, A. M. *et al.* Health interventions for the reduction of hospital readmission within 30 days in clinical patients: an integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 2, p. e2011225273-e2011225273, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25273>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL. **Práticas organizacionais obrigatórias: manual 2016.** São Paulo: IQG Health Services Accreditation, 2016. Programa do Qmentum Internacional: versão 3.
- AIRES, M. *et al.* Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- ALJASMI, F.; ALMALOOD, F.; AL ANSARI, A. Prevalence of medication errors in primary health care at Bahrain Defence Force Hospital—prescription-based study. **Drug, Healthcare and Patient Safety**, Auckland, v. 10, p. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/DHPS.S147994>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- ANDRADE, A. F. F. *et al.* O impacto da obesidade e do diabetes mellitus no desfecho clínico de pacientes portadores de COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 100, n. 3, p. 269-278, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i3p269-278>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, p.

54-63, 2019. Disponível em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 5 dez. 2021.

ANJOS, D.; MAGALHÃES, M. Diálogo do front: pandemia e (in)capacidade governamental. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300303, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300303>. Acesso em: 13 mar. 2022.

APPLEGATE, W. B.; OUSLANDER, J. G. COVID-19 presents high risk to older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 68, n. 4, p. 61, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16426>. Acesso em: 1 mar. 2022.

AQUINO, G. A. *et al.* Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 111-122, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BAILLIE, L. *et al.* Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 14, n. 27, p. e009, 2014. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027893/#>. Acesso em: 29 jul. 2019.

BALLARD, J. *et al.* Effect of ambulatorial transitional care management on 30-day readmission rates. **American Journal of Medical Quality**, Baltimore, v. 33, n. 6, p. 583-589, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29745236/>. Acesso em: 11 out. 2021.

BANERJEE, D. The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 35, n. 12, p. 1466-1467, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.5320>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BASTOS, L. S. *et al.* COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. e00070120, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100945>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BENCH, S.; CORNISH, J.; XYRICHIS, A. Intensive care discharge summaries for general practice staff: a focus group study. **The British Journal of General Practice**, London, v. 66, n. 653, p. e904-e12, 2016. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27872086/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BOGE, R. M. **Measuring discharge care quality in hospitalised elderly: development and validation of an instrument based on patients' experiences.** 2020. Thesis (Doctorate) – University of Bergen, Bergen, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1956/19259>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BONFADA, D. *et al.* Gasto de internação de idosos em unidades de terapia intensiva nos hospitais privados de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. e200020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200020>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 29 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na Atenção Básica**: caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 108. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19**. 12. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-covid-19.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus2019-ncov/>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. 44 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in Psychology. **Qualitative Research in Psychology**, Abingdon, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRONDANI, J. E. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n.

1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BUIKSTRA, E.; STRIVENS, E.; CLAY-WILLIAN, R. Understanding variability in discharge planning processes for the older person. **Safety Science**, Amsterdam, v. 121, p. 137-146, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.08.026>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BURKE, R. E. *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>. Acesso em: 29 jul. 2019.

CARNEIRO, R.; SIMÕES, C.; CARNEIRO, A. H. Plano individual e integrado de cuidados como objetivo da relação clínica. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 26, n. 2, p. 147-152, 2019.

COLEMAN, E. A. *et al.* Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, n. 1, p. 1 – 9, Jun. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480381/>. Acesso: 29 jul. 2019.

COLEMAN, E. A. *et al.* Enhancing the care transitions intervention protocol to better address the needs of family caregivers. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, n. 1, Jan./Feb. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042372/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A. *et al.* Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 52, n. 11, p. 1817-1825, Nov. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507057/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A. *et al.* Reducing emergency visits in older adults with chronic illness: a randomized, controlled trial of group visits. **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v. 4, n. 2, p. 49-57, Mar./Apr. 2001. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/11329985>. Acesso em: 29 jul. 2019.

COLEMAN, E. A. *et al.* The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 166, n. 17, p. 1822-1828, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/410933>. Acesso: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 51, n. 4, p. 549-555, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657078/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C.; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS COMMITTEE. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 51

n. 4, p. 556-557, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657079/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; GROUND, K. L.; MAUL, A. The family caregiver activation in transitions (FCAT[®]) tool: a new measure of family caregiver self-efficacy. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Amsterdam, v. 41, n. 11, p. 502-507, Nov. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725015410669>. Acesso em: 12 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective. **Medical Care Research and Review**, Washington, v. 43, n. 3, p. 246-255, Mar. 2005. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3768223>. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; MIN, S. J. Patients' and family caregivers' goals for care during transitions out of the hospital. **Home Health Care Services Quarterly**, London, v. 34, n. 3/4, p. 73-84, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26496503/>. Acesso em: 12 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **Journal for Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, n. 1, p. 12-21, Jan./Feb. 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/jhqonline/Abstract/2015/01000/Family_Caregivers__Experiences_During_Transitions.3.aspx. Acesso em: 16 jan. 2022.

COLEMAN, E. A.; ROSENBEK, S. A., ROMAN, S. P. Disseminating evidence-based care into practice. **Population Health Management**, Larchmont, v. 16, n. 4, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/pop.2012.0069>. Acesso em: 11 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. Brasília, DF: COFEN, 2021.

COSTA, F. A. *et al.* COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49811-49824, jul. 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-580>. Acesso em: 12 set. 2021.

COSTA, J. M.; SILVA, K. L. Contrarreferenciamento farmacoterapêutico: experiências vivenciadas por profissionais de saúde em um hospital de ensino. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3942>. Acesso em: 10 mar. 2022.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al.* Hospital discharge planning as a continuity care strategy for primary care. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 9, n. 10, p. e3709108518, 2020b. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8518>. Acesso em: 26 fev. 2022.

COUTURIER, B.; CARRAT, F.; HEJBLUM, G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. **BMJ Open**,

- London, v. 6, n. 12, p. e012287, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e012287>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- DANSKI, M. T. R. *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304/20831>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- DASGUPTA, A.; KALHAN, A.; KALRA, S. Long term complications and rehabilitation of COVID-19 patients. **JPMA. The Journal of The Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 70, n. 5, 2020. Suppl. 3. Disponível em: <https://www.jpma.org.pk/PdfDownloadsupplements/476>. Acesso em: 10 out. 2021.
- DELATORRE, P. G. *et al.* Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 12, p. 7151-7159, Dec. 2013. Número especial. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.
- DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 30, p. 202-219, 2010. Número especial.
- DIAS, B. M. **Readmissão hospitalar como indicador de qualidade**. 2015. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-22122015-101155/en.php>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- DIAS, B. M. *et al.* Ocorrência de readmissões hospitalares em um município de grande porte populacional. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 83, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.83.285>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- EMAMI, A. *et al.* Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with covid-19: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Academic Emergency Medicine**, Tehran, v. 8, n. 1, p. e35, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7096724/>. Acesso em: 10 out. 2021.
- EGGEN, A. C. *et al.* A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. **Medicine**, Hagerstown, v. 97, n. 46, p. e12953, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257431/>. Acesso em: 13 mar. 2022.

- ENGLE, R. L. *et al.* Evidence-based practice and patient-centered care: doing both well. **Health Care Management Review**, Hagerstown, v. 46, n. 3, p. 174–184, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8162222/#>. Acesso em: 11 out. 2021.
- FAES, C. *et al.* Time between symptom onset, hospitalisation and recovery or death: statistical analysis of Belgian COVID-19 patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 20, p. 7560, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7560>. Acesso: 13 mar. 2022.
- FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J. A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 59-78, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- FERREIRA, O. M. R.; BAIXINHO, C. L. Estratégias para implementar a transição segura hospital-comunidade e minorar os reinternamentos hospitalares. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 11, n. 1, 2021. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1120. Acesso em: 16 jan. 2022.
- FERRO, D. **Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas do serviço de emergência para a casa**: continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. 2021. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.22.2021.tde-14122021-174147>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- FIELD, M. J.; LOHR, K. N. (ed.). **Clinical practice guidelines**: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press, 1990. Disponível em: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/9479/1/Marilyn%20J.%20Field.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- FINLAYSON, K. *et al.* Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **BMC Health Services Research**, London, v. 18, n. 956, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>. Acesso em: 11 out. 2021.
- FRANÇA, N. M. A. *et al.* Síndrome respiratória aguda grave por COVID-19: perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva no Brasil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Amsterdam, v. 25, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101147>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- FREITAS, L. F. C; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 694-700,

2014. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35993>. Acesso em: 13 mar. 2022.

FUGULIN, F. M. T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares**: análise da Resolução COFEN nº 293/04. 2010. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-13122010-082419/en.php>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GARBACCIO, J. L.; TONACO, L. A. B. Características e dificuldades do cuidador informal na assistência ao idoso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 680-686, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GARCIA-CABALLOS, M. *et al.* Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. **Age and Ageing**, Oxford, v. 39, n. 4, p. 430-438, 2010. Disponível: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq045>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GARDINER, E. *et al.* Perspectives of patients, family members, health professionals and the public on the impact of COVID-19 on mental health. **Journal of Mental Health**, Abingdon, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022637>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, p. e20210030, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>. Acesso em: 5 dez. 2021.

GÖBEL, B. *et al.* Stakeholder perspectives on handovers between hospital staff and general practitioners: an evaluation through the microsystems lens. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, p. i106-i113, 2012. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/21/Suppl_1/i106. Acesso em: 13 mar. 2022.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Discharge planning from hospital. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v. 2016, n. 1, p. CD000313, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816297/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

GONZALEZ, D. *et al.* **Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 Pandemic**. 2021. Disponível em: <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/103651/delayed-and-forgone-health-care-for-nonelderly-adults-during-the-covid-19-pandemic.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GREVE, J. M. D'A. *et al.* Impacts of COVID-19 on the immune, neuromuscular, and musculoskeletal systems and rehabilitation. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 26, p. 285-288, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-869220202604ESP002>. Acesso em: 13 mar. 2022.

GUIMARÃES FILHO, G. C. *et al.* The effects of spirituality and religiosity on better symptom control in patients with covid-19. **MedNEXT Journal of Medical and**

- Health Sciences**, São José do Rio Preto, v. 2, n. 2, p. 49-53, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350552587_The_Effects_of_Spirituality_and_Religiosity_on_Better_Symptom_Control_in_Patients_With_Covid-19. Acesso em: 4 jun. 2022.
- HENEKA, M. T. *et al.* Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. **Alzheimer's Research & Therapy**, London, v. 12, n. 69, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00640-3>. Acesso em: 10 out. 2021.
- HERMIDA, P. M. V. *et al.* Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15726>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- HILL, M. K. *et al.* Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. **BMC Family Practice**, London, v. 15, n. 19, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12875-014-0191-8>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, London, v. 395, p. 497-506, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159299/pdf/main.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.
- HUNT-O' CONNOR, C.; MOORE, Z. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. **Journal of Nursing Management**, Hoboken, v. 29, p. 2697- 2706, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- IBGE. **Panorama do município de Piracicaba**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/piracicaba/panorama>. Acesso em: 4 ago. 2021.
- INSTITUTE FOR HEALTH CARE IMPROVEMENT. **SBAR tool**: situation-background-assessment-recommendation. 2022. Disponível em: <http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- JAMILI, S. *et al.* Experience of patients hospitalized with COVID-19: a qualitative study of a pandemic disease in Iran. **Health Expectations**, Hoboken, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hex.13280>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Improving communication during transitions of care**. Oakbrook Terrace: Joint Commission International, 2010. 153 p.
- KABLE, A. *et al.* Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1227-z>. Acesso em: 13 mar. 2022.

KANAAN, A. O. *et al.* Adverse drug events after hospital discharge in older adults: types, severity, and involvement of beers criteria medications. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 61, n. 11, p. 1894–1899, Nov. 2013.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446728/pdf/nihms517947.pdf>.

Acesso em: 29 jul. 2019.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1087, 2018. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-905215?lang=en>. Acesso em: 11 out. 2021.

KRIPALANI, S. *et al.* Reducing hospital readmission rates: current strategies and future directions. **Annual Review of Medicine**, Palo Alto, v. 65, p. 471-485, 2014.

Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-med-022613-090415>. Acesso em: 13 mar. 2022.

LAZAR, E. J.; FLEISCHUT, P.; REGAN, B. K. Quality measurement in healthcare. **Annual Review of Medicine**, Palo Alto, v. 64, p. 485–496, 2013. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23190148>. Acesso em: 13 mar. 2022.

LEÃO, L. R. B.; FERREIRA, H. S. F.; FAUSTINO, A. M. O idoso e a pandemia do Covid- 19: uma análise de artigos publicados em jornais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 45123-45142, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-218>. Acesso em: 10 out. 2021.

LEE, T. H. The invisible patient: caring for those without COVID-19. **NEJM Catalyst**, Waltham, 27 Apr. 2020. Disponível em:

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0139>. Acesso em: 9 out. 2021.

LEITE, C. B. *et al.* Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. e190253, 2019. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>. Acesso em: 30 nov. 2021.

<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>. Acesso em: 30 nov. 2021.

LENAGHAN, N. A. Transitional care and empowerment of the older adult. **Geriatric Nursing**, Amsterdam, v. 40, n. 2, p. 148-153, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>. Acesso em: 5 dez. 2021.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em:

http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2022.

http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2022.

LINDQUIST, L. A. *et al.* SGIM-AMDA-AGS consensus best practice

recommendations for transitioning patients' healthcare from skilled nursing facilities to the community. **Journal of General Internal Medicine**, Berlin, v. 32, n. 2, p. 199-

203, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3850-8>. Acesso em: 13 mar. 2022.

- LOBO, S. M.; MELLO, P. M. V. C. Desafios da pandemia de coronavírus para os intensivistas brasileiros: presente e futuro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 339-340, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210052>. Acesso: 13 mar. 2022.
- LOGUE, M. D.; DRAGO, J. Evaluation of a modified community based care transitions model to reduce costs and improve outcomes. **BMC Geriatrics**, London, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-94>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- LLOYD-SHERLOCK, P.; EBRAHIM, S.; GEFFEN, L. Bearing the brunt of COVID-19: older people in low and middle income countries. **BMJ**, London, v. 368, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- LOW, L. L. *et al.* Applying the integrated practice unit concept to a modified virtual ward model of care for patients at highest risk of readmission: a randomized controlled trial. **PLoS One**, San Francisco, v. 12, n. 1, p. e0168757, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168757>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MAGALHÃES, M. S.; SANTOS, F. S.; REIS, A. M. M. Factors associated with the use of potentially inappropriate medication by elderly patients prescribed at hospital discharge. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, p. eA04877, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4877. Acesso em: 5 dez. 2021.
- MALTA, D. C. *et al.* Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 21, p. e180020, 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190030, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis na revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4757-4769, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MANCILLA-GALINDO, J. *et al.* COVID-19 patients with increasing age experience differential time to initial medical care and severity of symptoms. **Epidemiology and Infection**, Oxford, v. 149, p. e230, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S095026882100234X>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1431.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.

- MELO-SILVA, A. M. *et al.* Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Suppl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000639>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.
- MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível**. Brasília, DF: CONASS, 2020. p. 91. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>. Acesso em: 10 out. 2021.
- MENNUNI, M. *et al.* ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. **European Heart Journal Supplements**, v. 19, p. D244-D255, 2017. Suppl. D. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MERTEN, H.; VAN GALEN, L. S.; WAGNER, C. Safe handover. **BMJ**, London, v. 359, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4328>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 407.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MONTEIRO, I. V. L.; FIGUEIREDO, J. F. C.; CAYANA, E. G. Idosos e saúde mental: impactos da pandemia COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/26713>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MORAES, R. F. **A segunda onda da pandemia (mas não do distanciamento físico): COVID-19 e políticas de distanciamento social dos governos estaduais no Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2021. Nota técnica n. 31 (Dinte). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10442>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MORAIS, L. A. *et al.* Evaluating the disease and treatment information provided to patients with chronic obstructive pulmonary disease at the time of discharge according to GOLD discharge guidelines. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, p. eAO4706, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4706. Acesso em: 4 jun. 2022.
- MORRISON J.; PALUMBO, M. V.; RAMBUR, B. Reducing preventable hospitalizations with two models of transitional care. **Journal of Nursing Scholarship**, Hoboken, v. 48, n. 3, p. 322-329, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnu.12210>. Acesso em: 11 out. 2021.

- MORTELMANS, L.; GOOSSENS, E.; DILLES, T. Beliefs about medication after hospital discharge in geriatric patients with polypharmacy. **Geriatric Nursing**, New York, v. 43, p. 280–287, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.007>. Acesso em 13 mar. 2022.
- MOSQUERA, I. *et al.* Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. **Quality of Life Research**, Berlin, v. 25, n. 5, p. 1059-1092, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 23, n. 1, p. 98-106, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/reinvencao-da-roda-de-conversa-um-instrumento/docview/2343580440/se-2>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- NAKAHARA-MELO, M. *et al.* Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 1, p. e20210123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- NANCY, A. L. Transitional care and empowerment of the older adult. **Geriatric Nursing**, Amsterdam, v. 40, p. 148-153, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- NAYLOR, M. D.; KEATING, S. A. Transitional care: moving patients from one care setting to another. **American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 108, n. 9, p. 58–63, 2008. Suppl. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768550/pdf/nihms107161.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **Issue Brief (Commonwealth Fund)**, New York, v. 103, p. 1-12, 2010. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_issue_brief_2010_nov_1453_naylor_scaling_up_bringing_transitional_care_model_mainstream_ib_v2.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.
- NAYLOR, M. D. *et al.* Components of comprehensive and effective transitional care. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 65, p. 1119–1125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- NAYLOR, M. D.; HIRSCHMAN, K.; McCAULEY, K. Meeting the transitional care needs of older adults with COVID-19. **Journal of Aging & Social Policy**, Abingdon, v. 32, n. 4/5, p. 387-395, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>. Acesso em: 11 out. 2021.
- NEU, R. *et al.* Impact of pharmacist involvement in heart failure transition of care. **Annals of Pharmacotherapy**, Thousand Oaks, v. 54, n. 3, p. 239-246, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1060028019882685>. Acesso em: 11 out. 2021.

- NIKBAKHT-NASRABADI, A.; MARDANIAN-DEHKORDI, L.; TALEGHANI, F. Abandonment at the transition from hospital to home: family caregivers' experiences. **Ethiopian Journal of Health Sciences**, Jimma, v. 31, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/207624>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- NOGUEIRA, T. L. *et al.* Pós-covid 19: as sequelas deixadas pelo Sars-Cov-2 e o impacto na vida das pessoas acometidas. **Archives of Health**, São José dos Pinhais, v. 2, n. 3, p. 457–471, 2021. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/373>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- OLIVEIRA, E. C. *et al.* Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 11, n. 9, 2017. Disponível: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/articloe/view/785>. Acesso: 5 dez. 2021.
- OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, Uberlândia, v. 15, n. 31, p. 69 - 79, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>. Acesso em: 14 jan. 2022.
- OPAS. **DeCS/MeSH**: descritores em ciências da saúde: prática clínica baseada em evidências. 2015. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=53366&filter=ths_termall&q=pr%C3%A1tica%20baseada. Acesso em: 5 dez. 2021.
- ORELLANA, J. D. Y; MARRERO, L.; HORTA, B. L. Letalidade hospitalar por COVID-19 em quatro capitais brasileiras e sua possível relação temporal com a variante Gama, 2020-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. e2021709, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400024>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- ÖSTMAN, M. *et al.* Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: a thematic analysis. **Journal of Clinical Nursing**, Hoboken, v. 30, n. 1/2, p. 276-286, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1111/jocn.15547>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- PARRY, C. *et al.* Assessing the quality of transitional care: further applications of the care transitions measure. **Medical Care**, Hagerstown, v. 46, n. 3, p. 317–322, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181589bdc>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- PAULA, V. R. M. Enfrentando covid 19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 87727-87745, Nov. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19818/15881>. Acesso em: 13 mar. 2022.

- PEDROLO, E. *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 760-763, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977023.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- PEREIRA, E. S. **Rodas de conversas dialógicas**: o processo de criação de uma metodologia de investigação e intervenção em saúde. Curitiba: Brasil Publishing, 2021, 154 p.
- PEREIRA, K. M. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 335-344, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>. Acesso em: 27 nov. 2021.
- PERES, A. C. Dias que nunca terminam: sintomas persistentes relacionados à Síndrome Pós-Covid surpreendem pacientes e pesquisadores. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 218, p. 26-31, nov. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45018>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- PIMENTA, C. A. M. **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem**: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: Coren, 2017. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagem-integrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf. Acesso em: 15 jul. 2019.
- PIVOTO, F. L. *et al.* Pesquisa convergente assistencial: revisão integrativa de produções científicas da Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 843-849, jul./set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300034>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- POLDERVAART, J. M. *et al.* In-hospital prescription changes and documentation in the medical records of the primary care provider: results from a medical record review study. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2738-6>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- RATTRAY, N. A. *et al.* Crossing the communication chasm: challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Amsterdam, v. 43, n. 3, p. 127-37, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2016.11.007>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- REZAPOUR-NASRABAD, R. Transitional care model: managing the experience of hospital at home. **Electronic Journal of General Medicine**, Eastbourne, v. 15, n. 5, p.1-6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29333/ejgm/93445>. Acesso em: 5 dez. 2021.

- RIBAS, E. N. *et al.* Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 546-553, 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- RICCI, H.; ARAÚJO, M. N.; SIMONETTI, S. H. Readmissão precoce em hospital público de alta complexidade em cardiologia. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 6, p. 828-34, Nov./Dec. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18835> . Acesso em: 29 jul. 2019.
- RITTA, S. T. **Saúde e espiritualidade**: reflexões cuidadosas ou conexões para o cuidado? Estudo de caso na crise sanitária - Covid 19. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/234893/001136612.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 mar. 2021.
- RODAKOWSKI, J. *et al.* Caregiver integration during discharge planning for older adults to reduce resource use: a metaanalysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 65, n. 8, p. 1748–1755, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14873>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 22, p. e190010, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>. Acesso em: 10 out. 2021.
- ROCHA, P. K.; PRADO, M. L.; SILVA, D. M. G. V. Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 1019-25, nov./dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600019>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- ROY, D. *et al.* Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 51, p. 102083, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- RUSSELL, L. M. *et al.* **Patient safety – handover of care between primary and acute care**: policy review and analysis. Canberra: National Lead Clinicians Group: Australian Government Department of Health and Ageing, 2013. 58 p. Disponível em: <https://prestantiahealth.com/extranet/sites/default/files/2018-11/handover-of-care-between-primary-and-acute-care-report.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- SANTOS, J. L. G. *et al.* Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, p. e20201381, 2022. Suppl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>. Acesso 13 mar. 2022.
- SANTOS, L. E. S.; SANTOS, L. S. O impacto do coronavírus em pacientes cardiopatas. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10,

n. 5, p. e0110514539, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14539>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SANTOS, S. S.; BRANDÃO, G. C. G.; ARAÚJO, K. M. F. A. Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, p. e392974244, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4244>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Seade. **População/estatísticas vitais**. Departamento Regional de Saúde. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://populacao.seade.gov.br/>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SCHAPIRA, M. *et al.* Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. **Aging Clinical and Experimental Research**, Berlin, v. 34, n. 1, p. 85–93, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01893-0>. Acesso em: 11 out. 2021.

SERRANO-CASTRO, P. J. *et al.* Impact of SARS-CoV-2 infection on neurodegenerative and neuropsychiatric diseases: a delayed pandemic? **Neurología**, Barcelona, v. 35, n. 4, p. 245–251, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.002>. Acesso em: 10 out. 2021.

SHADMI, E. Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 255-260, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt031>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SIQUEIRA, T. H.; VILA, V. S. C.; WEISS, M. E. Adaptação transcultural do instrumento Readiness For Hospital Discharge Scale – Adult Form. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 1046-1054, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0241>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SIMIELI, I.; PADILHA, L.; TAVARES, C. F. F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, n. 37, p. e1511, 11 dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>. Acesso em: 10 out. 2021.

SMITH, L. *et al.* Impact of pharmacy-led medication reconciliation on medication errors during transition in the hospital setting. **Pharmacy Practice**, Singapore, v. 13, n. 4, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2015.04.634>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SONG, H. *et al.* How hospitals can meet the needs of non-Covid during pandemia. **Harvard Business Review**, Cambridge, 14 Jul. 2020. Disponível em: <https://hbr.org/2020/07/how-hospitals-can-meet-the-needs-of-non-covid-patients-during-the-pandemic>. Acesso em: 10 out. 2020.

SOUSA, F. O. S. *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SOUSA, L. M. M. *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. **Revista Investigação de Enfermagem**, Coimbra, n. 23, p. 31-39, maio 2018. Supl. 2 Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1287>. Acesso em: 5 dez. 2021.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. e00056521, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056521>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SOUZA, N. F. *et al.* Planejamento da alta hospitalar para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: desafios à atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e71602, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71602>. Acesso em: 13 mar. 2022.

TANG, L. *et al.* Transmission in home environment associated with the second wave of COVID-19 pandemic in India. **Environmental Research**, Amsterdam, v. 204, p. 111910, 2022. Part A. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935121012056>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TESTON, E. F. *et al.* Early hospital readmission in the perspective of chronically ill patients. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 330-337, May/Jun. 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/18337>. Acesso em: 13 mar. 2022.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The care transitions intervention**. 2022. Disponível em: <https://caretransitions.org/about-the-care-transitions-intervention/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>. Acesso em: 18 jan. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TROMPETER, J. M. *et al.* Medication discrepancies during transitions of care: a comparison study. **Journal of Healthcare Quality**, Skokie, v. 37, n. 6, p. 325-332, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jhq.12061>. Acesso em: 5 dez. 2021.

TOMAZELA, M. **Transição do cuidado de idosos do hospital para casa**. 2021. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-22032022-153417/pt-br.php>. Acesso em: 16 jan. 2022.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World population prospects 2019: highlights**. New York: United Nations, 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Publications/>. Acesso: 14 jan. 2022.

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e4250016, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VAHIA, I. V. *et al.* COVID-19, mental health and aging: a need for new knowledge to bridge science and service. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Amsterdam, v. 28, n. 7, p. 695-697, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.007>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VALENTE, S. H.; TEIXEIRA, M. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 655-661, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300022>. Acesso em: 14 jan. 2022.

VALENTE, S. H. *et al.* Drug-related problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, 2019. Suppl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>. Acesso em: 16 jan. 2022.

VEARING, R. *et al.* Evaluation of the impact of a post-hospital discharge Transitional Aged Care Service on frailty, malnutrition and functional ability. **Nutrition and Dietetics**, Deakin, v. 76, n. 4, p. 472-479, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12511>. Acesso em: 16 jan. 2022.

VERAS, R. P. *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/b4bFHbXrccFV3jSZd4yrQSt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2022.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 14 jan. 2022.

VIEIRA, T. W. *et al.* Validation methods of nursing protocols: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, 2020. Suppl. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>. Acesso em: 11 out. 2021.

WEBER, L. A. F. *et al.* Care transition from hospital to home: integrative review. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876317>. Acesso em: 29 jul. 2019.

- WEEKS, L. E. *et al.* The impact of transitional care programs on health services utilization in community-dwelling older adults: a systematic review. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, Sydney, v. 16, n. 2, p. 345-384, 2018. Disponível em: https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2018/02000/The_impact_of_transitional_care_programs_on_health.13.aspx. Acesso em: 13 mar. 2022.
- WEISS, M.; PIACENTINE, L. B. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 14, n. 3, p. 163-180, Feb. 2006. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjnm/14/3/163.abstract>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- WEISS, M. E. *et al.* A model for hospital discharge preparation. **JONA: the journal of nursing administration**, Hagerstown, v. 45, n. 12, p. 606-614, 2015. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/26813354>. Acesso em: 16 jan. 2022.
- WORLD ECONOMIC FORUM. **Our healthcare system is failing people without COVID-19. It's time to address the hidden third wave.** 2020. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/third-wave-covid-19-coronavirus-pandemic-rare-disease-cancer-screening-preventive-care/>. Acesso em: 9 out. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH): call for participation.** Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107808>. Acesso em: 9 out. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of care.** Geneva: Who, 2016a. (Technical series on safer primary care). 25 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Services Delivery Programme. Division of Health Systems and Public Health. **Integrated care models: an overview.** Geneva: Who, 2016b. p. 31. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.
- WU, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. **Global Health Research and Policy**, London, v. 5, n. 1, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>. Acesso em: 13 mar. 2022.
- WU, Q. *et al.* Effects of transitional health management on adherence and prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction in percutaneous coronary intervention: a cluster randomized controlled trial. **PloS One**, San Francisco, v. 14, n. 5, p. e0217535, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217535>. Acesso em: 13 jun. 2022.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro Observação Participante na Unidade de Internação Clínica, Hospital Regional de Piracicaba Dra. Zilda Arns

- Fluxo de admissão, internação e alta do idoso internado;
- Início da preparação para transição do cuidado do idoso internado;
- Documentos assistenciais que padronizam a transição do cuidado;
- Plano de Cuidados e Planejamento de alta;
- Reconciliação Medicamentosa na prática assistencial (admissão, internação e alta);
- Orientação sobre autogestão de medicamentos pós-alta hospitalar;
- Orientações sobre sinais de alerta pós-alta hospitalar;
- Comunicação da equipe multidisciplinar sobre transição do cuidado;
- Comunicação com a Rede de Atenção à Saúde sobre a transição do Cuidado;
- Documentos que acompanham o paciente após a alta hospitalar.

Apêndice B - Roteiro Rodas de Conversas com os Técnicos de Enfermagem da Unidade de Internação Clínica, Hospital Regional de Piracicaba Dra. Zilda Arns**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Data: ____/____/____

Turno: _____

Idade:	_____									
Sexo:	()	Feminino	()	Masculino						
Estado Civil:	_____									
Grau de Escolaridade	()	Ensino Médio/Técnico	()	Ensino Superior Incompleto	()	Ensino Superior Completo	()	Pós Graduação - Latu sensu	()	Pós Graduação - Strictu Sensu
Tempo que trabalha no HRP:	_____									

ROTEIRO NORTEADOR

1. O QUE É TRANSIÇÃO DO CUIDADO PARA VOCÊS?
2. QUAIS OS ASPECTOS DEVEM SER CONSIDERADOS PARA QUE OCORRA UMA TRANSIÇÃO DO CUIDADO EFETIVA DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO HOSPITAL PARA CASA?
3. COMO OCORRE A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO IDOSO COM DOENÇA CRÔNICA DESTE HOSPITAL PARA CASA?
 - a. Quando inicia a preparação para a alta?
 - b. Existe algum padrão para realizar essa preparação? Algum protocolo, algum Procedimento Operacional Padrão (POP) que vocês conheçam?
 - c. Sobre a continuidade do cuidado na APS ou Especialidade, existe alguma rotina para comunicação da alta para outro serviço de saúde?
 - d. E sobre as medicações, como ocorre a reconciliação medicamentosa durante a internação e na alta?

Apêndice C - Roteiro Entrevista Semiestruturada Equipe Multidisciplinar da Unidade de Internação Clínica, Hospital Regional de Piracicaba Dra. Zilda Arns

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Data: ____/____/____

Turno: _____

Idade:	_____									
Sexo:	()	Feminino	()	Masculino						
Estado Civil:	_____									
Grau de Escolaridade	()	Ensino Médio/Técnico	()	Ensino Superior Incompleto	()	Ensino Superior Completo	()	Pós Graduação - Latu sensu	()	Pós Graduação - Strictu Sensu
Tempo que trabalha no HRP:	_____									

ROTEIRO NORTEADOR

1. O QUE É TRANSIÇÃO DO CUIDADO PARA VOCÊS?
2. QUAIS OS ASPECTOS DEVEM SER CONSIDERADOS PARA QUE OCORRA UMA TRANSIÇÃO DO CUIDADO EFETIVA DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO HOSPITAL PARA CASA?
3. COMO OCORRE A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO IDOSO COM DOENÇA CRÔNICA DESTE HOSPITAL PARA CASA?
 - e. Quando inicia a preparação para a alta?
 - f. Existe algum padrão para realizar essa preparação? Algum protocolo, algum Procedimento Operacional Padrão (POP) que vocês conheçam?
 - g. Sobre a continuidade do cuidado na APS ou Especialidade, existe alguma rotina para comunicação da alta para outro serviço de saúde?
 - h. E sobre as medicações, como ocorre a reconciliação medicamentosa durante a internação e na alta?

Apêndice D - Roteiro Entrevista Semiestruturada Idosos internados na Unidade de Internação Clínica, Hospital Regional de Piracicaba Dra. Zilda Arns

ROTEIRO PARA ENTREVISTA - IDOSOS

Nº _____

Ficha de Identificação e Caracterização do participante:

Data: ___/___/___

Nome do Paciente: _____

Número do Prontuário: _____

Sexo: () M () F

Idade: _____

Previsão de Alta: _____

Município de Residência: _____

Nome da UBS que frequenta: _____ () Tradicional () PSF

Estado Civil: _____

Grau de Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo () Pós-graduação _____

Diagnóstico por CID-11: _____

Tempo de diagnóstico da doença: _____

Possui alguma complicação relacionada a patologia? () Sim () Não.

Quais?

Comorbidades associadas: _____

Tempo de permanência no serviço: _____



Número de atendimentos no serviço de emergência durante o último ano: _____

Número de internações hospitalares no último ano: _____

PERGUNTAS:

1. Como foi a sua internação neste hospital?
2. Como será quando chegar em casa?
3. O Senhor (a) recebeu alguma orientação relacionada a sua alta hospitalar até este momento da sua internação?
4. O Senhor (a) sabe quais as medicações que irá tomar em casa, quando receber alta? Se sim, de que forma você vai tomar?
5. O Senhor (a) tem alguma consulta de acompanhamento agendada no Ambulatório de especialidade ou no Posto de Saúde?
6. O Senhor (a) sabe em quais situações deve procurar novamente o serviço de saúde?
7. O Senhor (a) tem algum cartão de saúde, com as informações sobre sua situação de saúde?

Apêndice E – Protocolo de Transição do Cuidado do Idoso, do hospital para casa

 HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA	PROTOCOLO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO HOSPITAL PARA CASA	Emissão:	 UNICAMP
		Revisão:	

INTRODUÇÃO

A Transição do Cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. É fundamentada em um plano abrangente de cuidados que inclui comunicação, educação do paciente e da família, além da coordenação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços de saúde. Abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social e comunitária, monitoramento, gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais (BURKE *et al.*, 2013; COLEMAN; ROSENBEK; ROMAN, 2013; NAYLOR *et al.*, 2017).

OBJETIVO GERAL

Realizar TC dos pacientes que receberam alta do hospital com segurança e qualidade, de forma que ocorra a continuidade do cuidado em casa, bem como, nos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

ATIVIDADES ASSISTENCIAIS RELACIONADAS COM A TC

- **Classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe multidisciplinar na unidade de internação clínica**

Tendo em vista a organização do processo assistencial e atendimento do princípio da equidade, o paciente internado na Unidade de Internação deve ser classificado quanto ao nível de atenção da equipe multidisciplinar. Esta classificação visa direcionar a elaboração/condução do plano terapêutico no processo assistencial, bem como o planejamento de alta hospitalar (BRASIL, 1990). Os níveis de atenção da equipe assistencial são sinalizados em cores, conforme descrito a seguir:

- ✓ Verde - Baixa Atenção da Equipe Assistencial;
- ✓ Amarelo - Média Atenção da Equipe Assistencial;
- ✓ Vermelho - Alta atenção da Equipe Assistencial.

A classificação do paciente é identificada na página principal do PEP e no cabeçalho do Plano Terapêutico, para visualização de toda equipe assistencial. Ocorre por meio de escala automatizada, inserida no PEP, com informações extraídas da evolução médica e da enfermagem, considerando os seguintes itens: motivo de internação, medicações de uso contínuo e grau de complexidade assistencial (Anexo I). Nesta classificação também são considerados riscos adicionais, tais como, existência de rede de apoio familiar e histórico de saúde mental.

O primeiro item de classificação '**Motivo de internação**' é composto pelas seguintes variáveis: 1 - tratamento de doença aguda/não possui doença crônica não transmissível (DCNT); 2 - tratamento de doença aguda/possui DCNT; 3 - tratamento de doença aguda/possui comorbidades; 4 - complicações relacionadas a DCNT/sem comorbidades; 5 - complicações relacionadas a DCNT/possui comorbidades.

A avaliação da existência de DCNT e/ou comorbidades no paciente internado se justifica ao considerar que estas doenças constituem importante desafio de saúde pública, principalmente pela alta mortalidade que causam e pelos graus de incapacidade, que comprometem hábitos de vida. São responsáveis por 63% das mortes globais e constituem a maior carga de mortalidade no mundo. Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, o que aumenta ainda mais a pobreza dos que são acometidos pelas incapacidades, limitações e redução da força produtiva. Essas doenças colaboram com grande parte das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) (LEITE *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2018, 2019, 2020; SIMIELI; PADILHA; TAVARES, 2019).

O segundo item classificatório '**Medicação de uso contínuo**' é composto pelas seguintes variáveis: 1 – não usa medicamentos de uso contínuo; 2 – uso de um (1) medicamento de uso contínuo; 3 – uso de mais de um (1) a três (3) medicamentos de uso contínuo; 4 – uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo (polifarmácia).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a polifarmácia, é o uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos (com ou sem prescrição médica) por um paciente. O elevado número de fármacos prescritos e a maior carga de doenças aumentam a probabilidade de consumo desnecessário de medicamentos, cujas combinações farmacológicas representam potenciais perigos de reações adversas e interações medicamentosas, contraindicadas ao seu estado clínico, o que pode elevar o risco de iatrogenias, hospitalizações e até mesmo de óbito. Nesse aspecto, a atenção da equipe assistencial para este componente poderá favorecer reconciliações medicamentosas mais efetivas no processo de admissão, internação e preparação para alta hospitalar (PEREIRA *et al.*, 2017).

O terceiro item de classificação '**Grau de complexidade assistencial**' é composto pelas variáveis: 1 – cuidados mínimos; 2 – cuidados intermediários; 3 - alta dependência; 4 - semi-intensivo e 5 - intensivo.

Estas informações são extraídas da escala de Fugulin (2010), a qual é utilizada para realizar o dimensionamento da equipe de enfermagem no setor de internação, auxilia na definição do grau dependência de cuidado através da avaliação do estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Colabora para organização da atenção da equipe assistencial durante a internação, preparo dos cuidadores e organização do domicílio para a transição do cuidado do hospital para casa.

As avaliações de riscos adicionais '**Rede de apoio familiar**' e '**Histórico de saúde mental**' são sinalizadas através das cores lilás e azul respectivamente, também na página principal do PEP e Plano Terapêutico.

O item '**Rede de apoio familiar**' é avaliado por meio das seguintes variáveis: 1 - com rede de apoio familiar; 2 - sem rede de apoio familiar. A rede de apoio familiar, nos casos, em especial de paciente de alta dependência, configura-se como suporte necessário para a continuação do cuidado em casa.

O item '**Histórico de saúde mental**' é composto pelas variáveis: 1 – sem histórico de saúde mental; 2 – com histórico de saúde mental. Destaca-se a importância do acionamento da rede de saúde mental durante as TC para a continuação da atenção psicossocial para este paciente.

A classificação do paciente em cores determina atividades assistenciais padronizadas a serem desenvolvidas na elaboração do Plano Terapêutico e Planejamento de Alta.

- **Plano Terapêutico**

Para a realização de TC seguras e de qualidade do hospital para casa é necessário a elaboração e condução do Plano Terapêutico de forma que o paciente e/ou seus cuidadores estejam inseridos no seu desenvolvimento durante a admissão e internação, bem como, preparados para continuar os cuidados de saúde após a alta hospitalar. Este plano deve ser desenvolvido pela equipe multidisciplinar e ter como foco o cuidado centrado no paciente (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2016).

O planejamento de alta é item de destaque no Plano Terapêutico e eixo estratégico para sua condução. Recomenda-se que sua implementação seja iniciada logo após o estabelecimento do tratamento, com orientações direcionadas às necessidades de cada paciente e família, capacitação para o autocuidado e autogerenciamento no pós-alta. A sua finalidade é reduzir o tempo de internação, promover transferência segura, melhorar a coordenação dos serviços após a alta hospitalar, evitando readmissões não planejadas e diminuição dos custos para o sistema de saúde (BURKE *et al.*, 2013; DELATORRE *et al.*, 2013; GONÇALVES-BRADLEY *et al.*, 2016).

O Plano Terapêutico no PEP é composto por campos estruturados e descritivos, sendo eles: identificação do paciente, classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais, CID 11 principal, CID 11 secundária, antecedentes, cuidados paliativos, tratamento proposto, condutas, reconciliação medicamentosa, informações sobre a rede de apoio familiar; equipe multidisciplinar; encaminhamento/pendências; round terapêutico, programação de alta e planejamento de alta.

Em PEP, os campos estruturados e descritivos quem compõem o planejamento de alta são: round terapêutico/preparação para alta hospitalar, sinais de alerta, cuidados domiciliares, organização do domicílio, acesso a recursos/dispositivos da rede, reconciliação medicamentosa e documentos de alta.

O formulário Plano Terapêutico é apresentado no Anexo II. Destaca-se que alguns itens deste documento são preenchidos de forma automatizada, extraídos da

admissão hospitalar e evoluções da equipe multidisciplinar (dados de identificação, classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, riscos adicionais, CID 11 principal, CID 11 secundário, antecedentes, cuidados paliativos, tratamento proposto, condutas e reconciliação medicamentosa), outras devem ser registradas em atividades assistenciais específicas, as quais são detalhadas neste protocolo.

- Visita Multidisciplinar

Na visita multidisciplinar, atividade realizada diariamente de segunda a sexta-feira na Unidade de Internação Clínica com participação de membros da equipe multidisciplinar (assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo), deve ser realizado registro e discussão do plano terapêutico dos pacientes internados, pactuações, decisões sobre o acionamento da rede familiar e social, programação e organização do planejamento da alta hospitalar.

O registro em PEP deve acontecer de maneira sistemática por um dos participantes durante a realização da atividade, com vistas a transferência de informações entre todos os profissionais de saúde, bem como, a garantia da continuidade do cuidado. Os campos a serem preenchidos durante a visita são: informações sobre a rede de apoio familiar; equipe multidisciplinar (acionamento); encaminhamento/pendências, programação de alta e planejamento de alta (sinais de alerta, cuidados domiciliares, organização do domicílio e acesso a recursos/dispositivos da rede).

OBS: Destaca-se que após a visita multidisciplinar, o enfermeiro tem como atribuição orientar os TE quanto às atividades assistenciais pactuadas a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem durante o cuidado ao paciente.

- Rede de Apoio Familiar

Os familiares são aqueles com os quais mantemos um vínculo baseado na intimidade e nas relações intergeracionais, sendo que a definição de família está baseada na opinião de seus membros, considerando a afetividade e a proximidade com os entes queridos. Variáveis como consanguinidade, continuidade ao longo da vida, relacionamento heterossexual, divisão da mesma casa, por si só, não definem o que seja família (DESSEN, 2010).

A rede de apoio familiar pode ser considerada como qualquer informação falada ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas (DESSEN, 2010).

Durante a elaboração do plano terapêutico, tendo em vista a condição de saúde do idoso e sua capacidade de autocuidado, a equipe multidisciplinar deverá avaliar a necessidade de um acompanhante durante a Internação, bem como, a de um cuidador para preparação quanto aos cuidados pós alta hospitalar. Além disso, para famílias numerosas, deverá definir um familiar/cuidador 'porta voz' para direcionar as informações relevantes relacionadas ao plano terapêutico durante internação e planejamento de alta. Estas informações devem estar registradas em campos específicos do formulário do plano terapêutico.

- Conferência Familiar

Trata-se de reuniões agendadas com um ou mais membros da família para discussão do estado de saúde do paciente e organização da alta hospitalar. Esta atividade é recomendada para pacientes paliativos, alta dependência, com demandas de cuidados domiciliares, uso de dispositivos para manutenção da saúde e/ou vida. É indicado para famílias numerosas, que apresentam dificuldades relacionadas com a preparação da alta hospitalar, e/ou com relações conflituosas entre seus membros. O seu registro está previsto em campo específico do Plano Terapêutico.

- Round Terapêutico com Paciente e/ou Cuidador

O Round Terapêutico, atividade de responsabilidade do médico diarista e do enfermeiro assistencial, tem como objetivo apresentar o Plano Terapêutico ao Paciente e/ou Cuidador, bem como, realizar pactuações referentes ao tratamento intra-hospitalar e preparação para os cuidados domiciliares após a alta. Também pode ser realizado por membros da equipe multidisciplinar, considerando as necessidades de cada paciente.

Seguindo a classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial, esta atividade deverá ser padronizada da seguinte forma:

- Verde – No máximo duas vezes (Admissão e Alta);

- Amarelo - Duas vezes (Admissão e Alta) e de acordo com demandas geradas no Plano Terapêutico;
- Vermelho – Dias alternados e de acordo com demandas geradas no Plano Terapêutico.

O documento norteador para esta atividade é o Plano Terapêutico, assim como, o Planejamento de alta, os quais também apresentam campos específicos para registro da atividade.

- Acionamento da Equipe Multidisciplinar

O acionamento dos membros da equipe multidisciplinar nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social deve ocorrer em visita multidisciplinar de acordo com a classificação do idoso quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, conforme descrito a seguir:

- Verde – Acionamento de acordo com demandas, geralmente pontuais, com baixo impacto no plano terapêutico e planejamento de alta;
 - Amarelo - Acionamento de acordo com demandas assistenciais específicas, devido à média demanda de atenção da equipe multidisciplinar;
 - Vermelho – Toda a equipe deverá fazer parte da elaboração do plano terapêutico, bem como, do planejamento de alta.
- Reconciliação Medicamentosa

A reconciliação medicamentosa pode ser definida como uma avaliação completa da terapêutica medicamentosa do paciente, sempre que ocorre alteração no tratamento, para evitar erros de medicamentos, tais como omissões, duplicações, erros de dose ou interações medicamentosas, bem como para observar padrões de adesão ao tratamento medicamentoso.

Ao considerar que os idosos estão mais vulneráveis aos Problemas Relacionados a Medicamentos, recomenda-se que a reconciliação medicamentosa seja realizada na admissão, durante internação e alta hospitalar, em especial pela área médica e pela farmácia clínica que atua no setor de clínica médica do hospital.

De qualquer forma, a conferência sobre a efetivação dessa atividade no processo assistencial, em especial para pacientes com medicamentos de usos contínuo, deverá

ocorrer durante a visita multidisciplinar pela equipe assistencial, com registro em campos específicos do plano terapêutico.

✓ Alta Responsável

○ Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta

As orientações no ato da alta são de responsabilidade da equipe de enfermagem e devem ser norteadas pelo documento multidisciplinar de Orientações de Alta Hospitalar (Anexo III), impresso do PEP, o qual é composto por campos referentes à identificação do paciente, atendimento no serviço de saúde da APS (nome do serviço, endereço, data, horário), orientações sobre sinais de alerta, orientações sobre os documentos entregues na alta, orientações sobre medicamentos e cuidados domiciliares gerais e específicos a serem realizados em casa. Destaca-se que parte das informações deste documento são exportadas das evoluções da equipe multidisciplinar, plano terapêutico e planejamento de alta e outras devem ser preenchidas pelo enfermeiro no dia da alta hospitalar.

Neste momento também devem ser entregues ao paciente os seguintes documentos, também impressos do PEP.

- Relatório de alta – Documento da área médica, com dados resumidos da internação para ser entregue ao serviço ambulatorial do paciente (Anexo IV);
- Acesso aos exames – Login e senha para acesso *on line* aos exames realizados no hospital (Anexo V);
- Receita Médica – Medicamentos para tratamento domiciliar (motivo da internação) e, quando necessário medicamentos de uso contínuo.

Destaca-se que o ato da alta é um momento de grande ansiedade para o paciente e para família, dessa forma, todas as orientações relacionadas a Transição do Cuidado já devem ter sido realizadas durante a internação do paciente, em especial, nos Rounds Terapêuticos. De qualquer forma, é importante prever tempo mínimo de 15 a 30 minutos para realizar esta atividade, tendo em vista a quantidade de informações contidas nos documentos.

- Agendamento de Atendimento de Saúde nos Serviços de Saúde de Atenção Primária à Saúde

O agendamento de atendimento de saúde nos serviços de APS deve ocorrer para pacientes classificados nas cores amarelo e vermelha, em especial para os doentes crônicos e/ou com comorbidades. Este agendamento, de responsabilidade do Auxiliar Administrativo da Unidade de Internação, deve ser registrado em formulário específico do PEP, com migração automática para o Planejamento de Alta e para o documento Orientações Gerais de Alta, entregue ao paciente/familiar no ato da alta.

Esta atividade está relacionada com o compromisso do hospital com a continuidade do cuidado na RAS.

- E-mail de Alta Responsável

Trata-se de e-mail automático gerado pelo PEP para Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, com encaminhamento do Relatório de Alta, após a alta hospitalar no PEP. A atualização da lista de e-mails das UBS deve ocorrer uma vez por ano pela equipe de Gestão de Regulação de Acesso/Núcleo de Regulação Interna (NIR), bem como, quando ocorrer alterações comunicadas pelos serviços de saúde da RAS.

Até o dia 5 de cada mês o serviço social deve extrair relatório consolidado do PEP sobre os e-mails de altas responsáveis gerados automaticamente pelo sistema e encaminhar para endereço eletrônico da DRS, previamente definido.

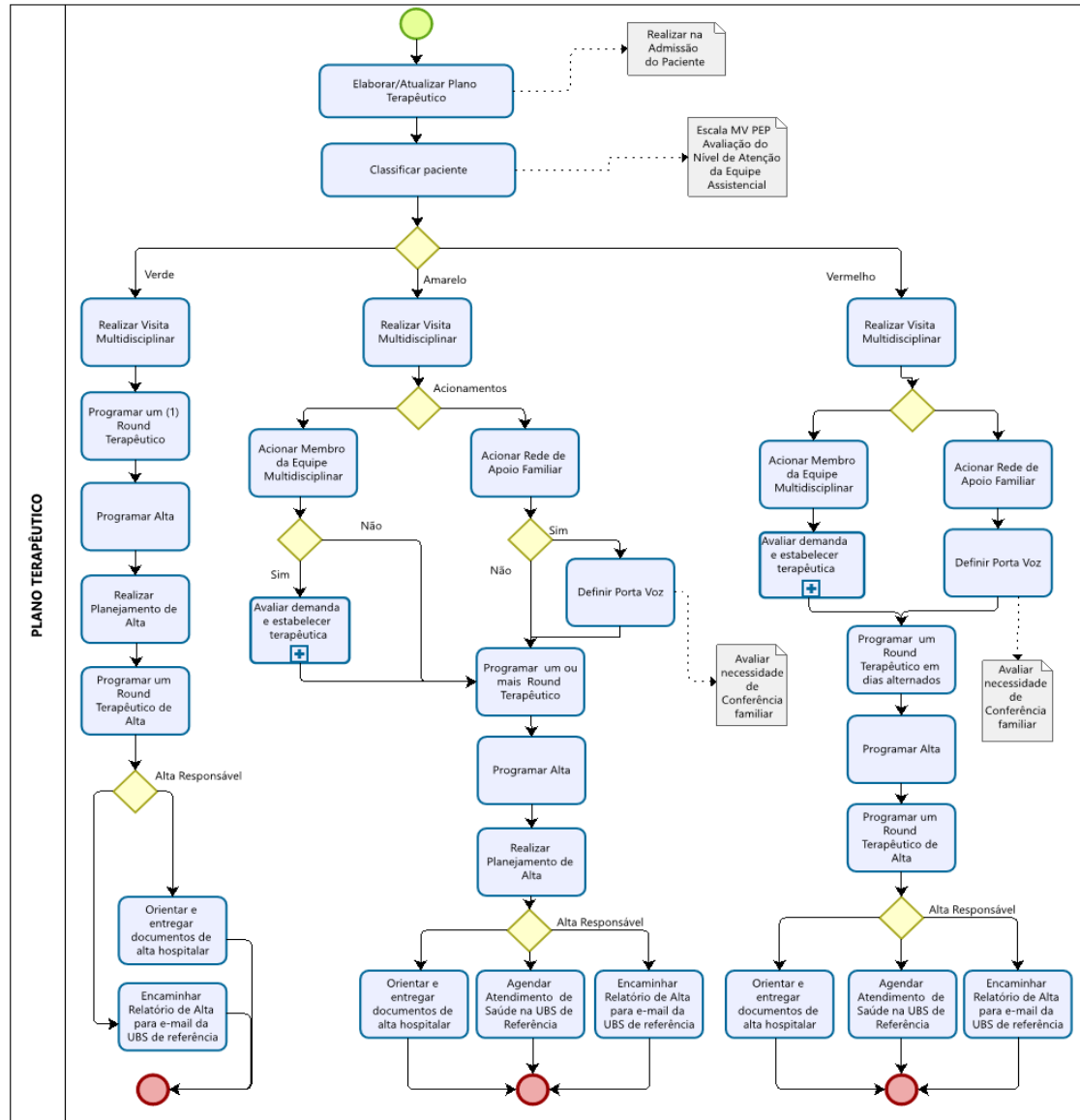
Esta atividade também está relacionada com a alta responsável e com o compromisso do hospital na continuidade do cuidado na RAS.

INDICADORES

- Percentual de pacientes com medida de transição do cuidado acima de 70% até 7 dias após a alta hospitalar;
- Percentual de pacientes com agendamento em serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde na alta hospitalar, estratificado por cor de classificação quanto ao nível de atenção da equipe assistencial;
- Percentual de Readmissões hospitalares em menos de 96 horas;
- Percentual de Readmissões hospitalares em menos de 7 dias.

FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Plano Terapêutico



Powered by
bizagi
Modeler

Fonte: elaborado pelo autor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República.

Casa Civil. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 nov. 2021.

BURKE, R. E. *et al.* Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>. Acesso: 30 nov. 2021.

COLEMAN, E. A.; ROSENBEK, S. A., ROMAN, S. P. Disseminating evidence-based care into practice. **Population Health Management**, Larchmont, v. 16, n. 4, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/pop.2012.0069>. Acesso em: 11 out. 2021

DELATORRE, P. G. *et al.* Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 7, p. 7151-7159, Dec. 2013. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i12a12387p7151-7159-2013>. Acesso em: 29 jul. 2019.

DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 30, p. 202-219, 2010. Número especial.

FUGULIN, F. M. T. **Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares**: análise da Resolução COFEN nº 293/04. 2010. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-13122010-082419/en.php>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Discharge planning from hospital. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Chichester, v. 2016, n. 1, p. CD000313, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816297/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

LEITE, C. B. *et al.* Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. e190253, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190030, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>. Acesso em: 10 out. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 21, p. e180020, 2018.

Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>. Acesso em: 10 out. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis na revista *Ciência & Saúde Coletiva*: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4757-4769, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020> . Acesso em: 10 out. 2021.

NAYLOR, M. D. *et al.* Components of comprehensive and effective transitional care. **Journal of The American Geriatrics Society**, New York, v. 65, p. 1119–1125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>. Acesso em: 5 dez. 2021.

PEREIRA, K. M. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 335-344, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>. Acesso em: 27 nov. 2021.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Gerente da Área Assistencial

EQUIPE DE REVISÃO:

Assistente Social

Enfermeira Horizontal

Fisioterapeuta

Fonoaudióloga

Nutricionista

EQUIPE DE VALIDAÇÃO:

Coordenador Médico da Unidade de Internação

Supervisora de Enfermagem da Linha Clínica

ANEXOS DO PROTOCOLO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO IDOSO, DO HOSPITAL PARA CASA**ANEXO I – Classificação do Paciente quanto a Atenção da Equipe Assistencial**

Item de Avaliação	Pontuação
MOTIVO DA INTERNAÇÃO	
Tratamento de Doença Aguda/Não possui Doença Crônica	2
Tratamento de Doença Aguda/Possui Doença Crônica	4
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Sem Comorbidades	6
Tratamento de Doença Aguda/Possui Comorbidades	8
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Possui Comorbidades	10
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO	
Não usa medicamento de uso contínuo	2
Uso de um (1) medicamento de uso contínuo	4
Uso de mais de um (1) até três (3) medicamento de uso contínuo	6
Polifarmácia (uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo)	8
GRAU DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (FUGULIN, 2010)	
Mínimo	2
Intermediário	4
Alta dependência	8
Semi-Intensivo	10
Intensivo	12

ANEXO I – Classificação do Paciente quanto a Atenção da Equipe Assistencial
(continua)

REDE DE APOIO FAMILIAR	
Com Rede de Apoio Familiar	()
Sem Rede de Apoio Familiar	()
SAÚDE MENTAL	
Sem Histórico de Saúde Mental	()
Histórico de Doença Mental	()

CLASSIFICAÇÃO	PONTOS
VERDE	6 ao
AMARELO	ao
VERMELHO	ao 30

AMEXO II – Plano Terapêutico e Planejamento de Alta

PLANO TERAPÊUTICO				
Nome			Prontuário	
Atendimento		Nascimento		Sexo
Data do Atendimento				
Classificação do Paciente		Riscos Adicionais		
CID 11 PRINCIPAL				
CID 11 SECUNDÁRIA				
ANTECEDENTES				
CUIDADOS PALIATIVOS		sim	()	não ()
Se sim, Equipe de Cuidados Paliativos foi acionada?		sim	()	não ()
TRATAMENTO PROPOSTO				
CONDUTAS				
RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA				
Admissão		Sim ()	Não ()	Internação Sim () Não ()
REDE DE APOIO FAMILIAR				
Necessidade de Acompanhante durante a Internação?		sim	()	não ()
Acionamento de cuidador?		sim	()	não ()
Nome (s) do Cuidador (s) referência (porta-voz)				
Necessidade de Conferência Familiar		sim	()	não ()
Resumo da Atividade:				
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR				
Acionamento da Equipe Multidisciplinar?		sim	()	não ()
Demanda (s)				
Nutrição ()		Fonoaudiologia ()		Psicologia ()
Fisioterapia ()		Assistente Social ()		

ANEXO II – Plano Terapêutico e Planejamento de Alta

(continua)

ENCAMINHAMENTOS/PENDÊNCIAS	
Descrição sucinta	
ROUND TERAPÊUTICO - ADMISSÃO/INTERNAÇÃO	
Descrição sucinta	
PROGRAMAÇÃO DE ALTA	
Datas _____/_____/_____	
PLANO DE ALTA - CHECK LIST	
ROUND TERAPÊUTICO - PREPARAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR	
Necessidade de orientações sinais de alerta? Quais?	sim () não ()
Necessidade de orientações Cuidados Domiciliares? Quais?	sim () não ()
Necessidade de organização do domicílio? Quais?	sim () não ()
Necessidade de orientações sobre acesso a recursos/dispositivos da rede? () Dieta Enteral () Material Curativo () Bipap () Outros	sim () não ()
Reconciliação Medicamentosa Alteração das medicações de uso contínuo? Quais?	sim () não () sim () não ()
Descrição Sucinta	
DOCUMENTOS DE ALTA	
Relatório de Alta	sim () não ()
Receita Médica	sim () não ()
Contrarreferência	sim () não ()
Orientações Gerais de Alta	sim () não ()
Agendamento de Atendimento na UBS/PAD	sim () não ()
Data ____/____/____	

ANEXO III – Orientações Gerais de Alta


ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADOS EM CASA		
Nome		Prontuário
Atendimento	Nascimento	Sexo
Data do Atendimento		
QUANDO DEVO PROCURAR O POSTO DE SAÚDE OU A UBS DO MEU BAIRRO?		
Se você possui alguma doença crônica, como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença obstrutiva crônica (DPOC), deve procurar esses serviços de saúde de IMEDIATO após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.		
AGENDAMENTO DE ATENDIMENTO NO POSTO DE SAÚDE/UBS		
Nome do Serviço:		
Endereço:		
Data:		
Horário:		
QUANDO DEVO PROCURAR NOVAMENTE O SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA?		
Lista dos Sinais de Alerta		
O QUE DEVO FAZER COM OS DOCUMENTOS ENTREGUES NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR?		
Leve os documentos no Posto de Saúde mais próximo da sua casa para continuidade do tratamento de saúde.		

ANEXO III – Orientações Gerais de Alta

(continua)

QUAIS OS MEDICAMENTOS DEVO TOMAR QUANDO CHEGAR EM CASA?
PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA QUE O LEVOU À INTERNAÇÃO
() O seu tratamento foi finalizado durante a internação, não há necessidade de uso de medicação em casa
() Seguir a receita médica entregue no momento da alta
SOBRE OS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:
() MANTER o uso da (s) medicação (s) prescrita (s) antes da internação e procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.
() SUBSTITUIR medicação (s) de uso contínuo utilizada (s) antes da internação pela (s) medicação (s) prescrita (s) pelo médico do hospital, conforme receita médica entregue no momento da alta. Procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.
() Além da (s) medicação (s) de uso contínuo já utilizada (s) antes da internação, ADICIONAR a(s) medicação (s) prescrita (s) pelo médico do hospital, conforme receita médica entregue no momento da alta. Procurar o Posto de Saúde ou UBS de IMEDIATO após a alta hospitalar para acompanhamento da saúde.
QUAIS OS CUIDADOS DEVO REALIZAR QUANDO CHEGAR EM CASA PARA MANTER MINHA SAÚDE?
ENFERMAGEM
NUTRIÇÃO
FISIOTERAPIA
FONOAUDIOLOGIA

ANEXO IV – Acesso aos resultados de exames

	HOSPITAL REGIONAL PIRACICABA		DATA: 01/02/2022	
	Endereço: ANTONIO ELIAS, 1000, GARÇAS		HORA: 08:32:25	
	PIRACICABA Estado: SP CEP:13423-227 Tel.:(19) 30524650		USER: -----	
NOME: _____			PRONTUÁRIO: 119615	
ATENDIMENTO: 00456973	NASCIMENTO: 26/07/1954	SEXO: FEMININO	DATA ATENDIMENTO: 01/04/2021	

RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA

CID PRIMÁRIO

B342 INFECÇÃO POR CORONAVÍRUS, NÃO ESPECIFICADA

CID SECUNDÁRIO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

PACIENTE PROVENIENTE DE IRACEMÁPOLIS, COM RELATO DE SINTOMAS GRIPAIS INICIADOS EM 15/03, SWAB POSITIVO PARA SARS-COV2 EM 23/03. APRESENTOU PIORA DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS, INTERNADA DESDE O DIA 26/03. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DA FICHA DE TRANSFERENCIA, FOI ADMITIDA COM SATURAÇÃO DE 77% EM AR AMBIENTE. INICIADO SUPORTE DE O2, CORTICOTERAPIA E ANTIBIOTICOTERAPIA (ROCEFIM E AZITROMICINA). SEM INTERCORRENCIAS DURANTE A INTERNAÇÃO COM MELHORA CLINICA E LABORATORIAL, RECEBE ALTA HOSPITALAR

PROCEDIMENTOS REALIZADOS (INCLUIR INTERCORRÊNCIAS, CIRURGIAS, ANESTESIAS)

EXAMES RELEVANTES NA INTERNAÇÃO

 LABORATORIAIS RAIIO-X TOMOGRAFIA ULTRASSOM ENDOSCOPIA ECOCARDIO OUTROS

06/04 U84 CR 1,07 PH 7,45 PCO2 35 PO2 60 BIC 24 SAT 92% NA 134 K3,8 HB 13,7 LEUCO 8700 79%N PLQT 288 MIL
08/04 GASO PH 7,4, PCO2 45, PO2 65, HCO3 27,9, BE 2,5, SAT 92

MEDICAMENTO EM USO APÓS ALTA

RECEITA

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO

UBS/ FISIOTERAPIA




ALTA REFERENCIADA

PARA: UBS

MOTIVO

UBS

ANEXO V – Receita Médica

	HOSPITAL REGIONAL PIRACICABA			DATA: 01/02/2022	
	Endereço: ANTONIO ELIAS, 1000, GARÇAS			HORA: 08:32:25	
	PIRACICABA Estado: SP CEP:13423-227 Tel.:(19) 30524650			USER:	
NOME: _____				PRONTUÁRIO: 119615	
ATENDIMENTO: 00456973	NASCIMENTO: 26/07/1954	SEXO: FEMININO	DATA ATENDIMENTO: 01/04/2021		

PORTAL DE EXAMES

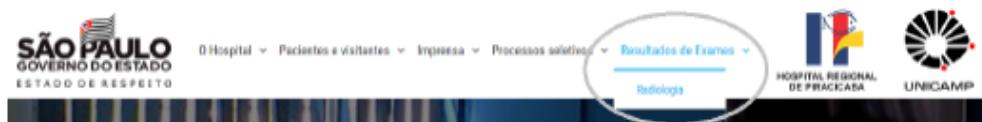
Os exames de imagem, caso possua, estarão disponíveis no portal de exames do Hospital Regional de Piracicaba

Prazos:

Em até 1 dia imagem;
Em até 15 dias laudo (caso tenha sido solicitado)

Acesse o site <http://www.hrp.unicamp.br> clique no menu Resultados de Exames e então Radiologia ou então leia o código QR no final deste documento.

Use as informações de usuário e senha contidos nesse impresso para efetuar o acesso.



USUÁRIO: 119615
SENHA: 50558277



Pedimos atenção quanto ao descarte deste impresso pois contém informações confidenciais.

Em caso de perda dos dados de acesso é necessária solicitação presencial pelo próprio paciente (para pacientes maiores de idade) ou então de responsável provido de documento com foto do paciente.

Apêndice F – Plano de Ação para implantação do Protocolo de Transição do Cuidado do Idoso, do hospital para casa

DESCRIÇÃO (ETAPAS)	ACOMPANHAMENTO (INDICADOR)	RESPONSÁVEL
Revisar e validar Protocolo de TC do hospital para casa junto com as lideranças da Unidade Assistencial	Documento	Gerente da A. Assistencial/ Pesquisadora
Inserir Protocolo de TC do Hospital para casa no SIPE	SIPE	Gerente da A. Assistencial/ Pesquisadora
Divulgar e treinar Protocolo de TC do Hospital para casa no SIPE	Apresentação Power Point	Gerente da A. Assistencial/ Pesquisadora
Criar cronograma de visitas/reuniões com os municípios para entendimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Cronograma - Planilha Excel	Equipe Regulação de Acesso/NIR
Realizar visitas/reuniões individuais com os gestores de saúde dos municípios para estabelecimento de vínculos, entendimento da RAS, seus recursos e fluxos.	Cronograma - Planilha Excel	Equipe Regulação de Acesso/NIR
Pactuar em visitas/reunião com os gestores dos municípios agendamento de atendimento de saúde com serviços da APS após a alta hospitalar de idosos.	Cronograma - Planilha Excel	Equipe Regulação de Acesso/NIR
Desenvolver Mapa da RAS para organização do planejamento de alta e realização da alta responsável	Modelo Mapa da RAS - Planilha Excel	Equipe Regulação de Acesso/NIR
Implantar Mapa da RAS para organização do planejamento de alta e realização da alta responsável.	Mapa da RAS - Planilha Excel	Equipe Regulação de Acesso/NIR
Desenvolver formulário de Plano Terapêutico e Planejamento de Alta no PEP/MEV	PEP MV	TI
Treinar a equipe assistencial quanto ao preenchimento do Plano Terapêutico e Planejamento de Alta no PEP/MEV	PEP MV	TI/Coordenação da Linha Clínica
Implantar a utilização do Plano Terapêutico e Planejamento de Alta na rotina de trabalho da equipe assistencial	PEP MV	Coordenação da Linha Clínica
Avaliar formulário de Plano Terapêutico e Planejamento de Alta na rotina de trabalho da equipe assistencial	Reunião com Líderes	Coordenação da Linha Clínica e Gerente da A. Assistencial
Realizar Pré-teste da Classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial para validação do instrumento (em planilha Excel)	Planilha Excel	Gerente da A. Assistencial/ Pesquisadora
Desenvolver Classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial no PEP/MEV	PEP MV	TI

Apêndice F – Continua

DESCRIÇÃO (ETAPAS)	ACOMPANHAMENTO (INDICADOR)	RESPONSÁVEL
Treinar a equipe assistencial quanto a função e sobre o preenchimento Classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial no PEP/MEV	PEP MV	Coordenação da Linha Clínica
Implantar Classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial no PEP/MEV	PEP MV	Coordenação da Linha Clínica
Avaliar o instrumento de Classificação do paciente quanto ao nível de atenção da equipe assistencial no PEP/MEV	Reunião com Líderes	Coordenação da Linha Clínica e Gerente da A. Assistencial
Desenvolver Orientações de Alta no PEP/MEV	PEP MV	TI
Treinar equipe assistencial quanto a função e sobre o preenchimento Orientações de Alta no PEP/MEV	PEP MV	Coordenação da Linha Clínica
Implantar Orientações de Alta no PEP/MEV	PEP MV	Coordenação da Linha Clínica
Avaliar o instrumento de Orientações de Alta no PEP/MEV	Reunião com Líderes	Coordenação da Linha Clínica e Gerente da A. Assistencial

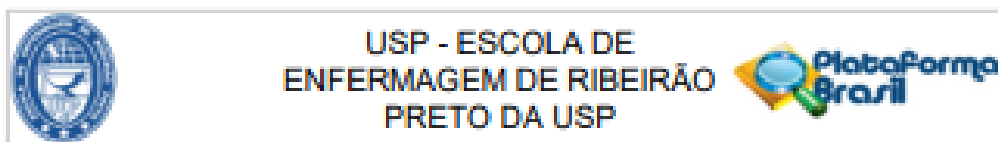
Apêndice G - Classificação do idoso quanto à demanda de atenção a equipe assistencial, associações entre as variáveis, valores numéricos previamente definidos como peso e suas correlações

(Continua)

ID	Item de Avaliação	Pontuação	A 1					A 2					A 3					A 4				
AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE																						
1	Tratamento de Doença Aguda/Não possui Doença Crônica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	Tratamento de Doença Aguda/Possui Doença Crônica	4																				
3	Tratamento de Doença Aguda/Possui Comorbidades	6																				
4	Complicações relacionadas a Doença Crônica/Sem Comorbidades	8																				
5	Complicações relacionadas a Doença Crônica/Possui Comorbidades	10																				
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO																						
I	Não usa medicamento de uso contínuo	2	2	2	2	2	2															
II	Uso de um (1) medicamento de uso contínuo	4						4	4	4	4	4										
III	Uso de mais de um (1) até três (3) medicamento de uso contínuo	6											6	6	6	6	6					
IV	Polifarmácia (uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo)	8																8	8	8	8	8
GRAU DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (Fugulin, 2010)																						
a	Mínimo	2	2					2					2					2				
b	Intermediário	4		4					4					4					4			
c	Alta dependência/Semi-Intensivo	8			8					8					8					8		
d	Semi-Intensivo	10				10					10					10					10	
e	Intensivo	12					12					12					12					12
PONTOS			6	8	12	14	16	8	10	14	16	18	10	12	16	18	20	12	14	18	20	22
CLASSIFICAÇÃO			SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
VALIDADE			SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A construção coletiva de um protocolo de transição do cuidado de idosos com doenças crônicas do hospital para casa

Pesquisador: SILVIA HELENA VALENTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36301420.8.0000.5303

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

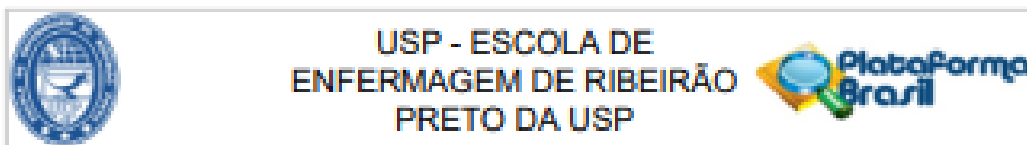
Número do Parecer: 4.368.291

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segundo parecer sobre o projeto de pesquisa intitulado "A construção coletiva de um protocolo de transição do cuidado de idosos com doenças crônicas do hospital para casa" encaminhado ao CEP da EERP, através de ofício ao coordenador deste CEP em 07/10/2020, com as respostas aos apontamentos requeridos no primeiro parecer. Os esclarecimentos do proponente encontram-se subsidiados no Ofício de Encaminhamento de Emenda de Projeto de Pesquisa (OEEPP).

O Projeto define e qualifica a Transição do Cuidado (TC) que se inicia com a preparação do indivíduo para alta hospitalar e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. Propõe a criação de um protocolo de TC do hospital para casa para idosos com Doenças Crônicas não Transmissíveis, possibilitando a continuidade de cuidados de saúde. É uma pesquisa qualitativa, convergente assistencial que será realizada em 3 fases. O local de desenvolvimento será o Hospital Regional de Piracicaba, em Piracicaba – SP, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e a documentação do representante legal da Instituição e da DRS X, autorizando a pesquisa, é apresentada em conformidade (Itens 2 e 5-OEEPP). Serão incluídos no total 30 sujeitos, sendo os potencialmente mais vulneráveis os 15 idosos com doenças crônicas internados nas Unidades de Internação e Semi – Intensiva e que dependem muitas vezes de seus cuidadores e serão representados pelos mesmos, o que está adequadamente esclarecido no projeto. Além disso,

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.368/201

participarão 10 profissionais de saúde que atuam nestes setores de internação e 5 profissionais do DRS-X, com documentação comprobatória de parceria na pesquisa e autorização de participação. Os sujeitos serão abordados através de entrevista semi-estruturada e elaboração de protocolo em oficinas com os profissionais de saúde. Todo este processo é claramente descrito no TCLE.

O contato telefônico com o idoso ou seu cuidador, que será gravado, foi adequadamente adaptado no TCLE e manuscrito. (Item 1-OEEPP)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver e Propor Protocolo de Transição do Cuidado do hospital para casa direcionado à idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Objetivos Secundários: 1) Identificar as percepções dos idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e ou cuidadores acerca da TC do hospital para casa; 2) Analisar, na perspectiva dos profissionais da equipe multiprofissional, aspectos necessários para compor um protocolo de TC; 3) Propor Protocolo de TC para idosos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis do hospital para casa.

O esclarecimento sobre a aplicação do protocolo na população de 15 idosos foi esclarecido e "A sua validação na prática e aplicação junto aos pacientes será cenário para a próxima pesquisa, a ser proposta após a finalização dessa tese de doutorado". (Item 2-OEEPP)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

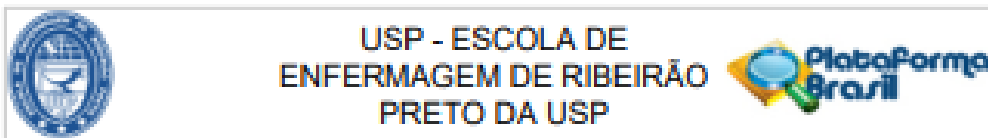
"Os riscos deste estudo podem ser:

1) invasão de privacidade, para evitar isto, os proponentes declaram e esclarecem utilizar as informações restritamente na pesquisa e os resultados obtidos serão divulgados em eventos na área da saúde nacionais e internacionais

e em revistas científicas e, portanto, não haverá outro destino às informações fornecidas; 2) tomada de tempo para responder o questionário, sendo que, caso ocorra, a entrevista será interrompida e remarcada para nova data de escolha do participante; 3) desconforto para responder sobre algum item, sendo que, caso ocorra, tem a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas."

Também foram acrescentadas as informações sobre os cuidados referentes a minimizar o risco de transmissão da Covid-19, tanto no manuscrito quanto nos TCLEs. (Item 6-OEEPP)

Endereço: BANDEIRANTES 3600
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@cep.usp.br



Continuação do Parecer: 4.266.291

As observações sobre os riscos inerentes ao contato telefônico, suas gravações, armazenamento seguro e seu manejo foram esclarecidos no TCLE e no manuscrito do projeto. (Item 3-OEEPP)

Benefícios:

"Os possíveis benefícios para a população serão a médio e longo prazo pois, os resultados da pesquisa poderão auxiliar para a melhoria do atendimento e da transição do cuidado do paciente para casa."

Os benefícios foram reescritos no TCLE e manuscrito, de modo que houve mais clareza para os participantes do estudo. (Item 4-OEEPP)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os sujeitos serão abordados através de entrevista semi-estruturada e em uma Etapa 2 também está previsto o contato telefônico gravado para o idoso ou cuidador, o que foi devidamente complementado na nova versão do TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encaminha os esclarecimentos com os devidos apontamentos através do Ofício de Encaminhamento de Emenda de Projeto de Pesquisa (OEEPP), endereçado ao Sr. Coordenador do Comitê de ética em Pesquisa da EERP-USP. Apresenta a documentação necessária com os devidos ajustes em Projeto.pdf; TCLE_Profissional.pdf; TCLE_Idoso.pdf; Ofício.pdf; DRS.pdf; PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1600374.PDF, bem como inclui o documento do DRS-X comprobatório de sua parceria na pesquisa (DRS.pdf).

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Endereço: BANDIRANTES 13603
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-502
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 4.388/201

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1600374.pdf	07/10/2020 10:55:13		Aceito
Outros	DRS.pdf	07/10/2020 10:42:34	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Outros	Oficio.pdf	07/10/2020 10:37:53	Ione Carvalho Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso.pdf	07/10/2020 10:36:58	Ione Carvalho Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissional.pdf	07/10/2020 10:36:16	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/10/2020 10:27:54	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Declaração de concordância	autorizacao_hospital.pdf	07/08/2020 21:11:43	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/08/2020 21:02:39	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	06/08/2020 11:57:53	Ione Carvalho Pinto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/07/2020 20:46:06	Ione Carvalho Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9137 E-mail: cep@eerp.usp.br