UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARINA TOMAZELA

Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa

RIBEIRÃO PRETO

2021

MARINA TOMAZELA

Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa

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

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde

Orientadora: Ione Carvalho Pinto

Coorientadora: Fabiana Costa Machado Zacharias

RIBEIRÃO PRETO

2021

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.

Tomazela, Marina
Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa. Ribeirão Preto, 2021.
pp 110 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Ione Carvalho Pinto
Coorientador: Fabiana Costa Machado Zacharias
1. Programas de Transição do Cuidado. 2. Idoso. 3.Cuidado Transicional.

TOMAZELA, Marina

Transição do Cuidado de idosos do hospital casa

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

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

*A minha mãe, **Izabel Pedonesi**, que me proporcionou voar e sonhar mesmo que significasse renunciar a seu próprio sonho, sendo meu porto seguro, sustentando nos momentos de alegria e de tristeza.*

Aos demais membros de minha família e amigos que torceram para que fosse possível chegar aqui. Obrigada pelo apoio e por entenderem a minha ausência.

*A minha orientadora, **Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto**, e coorientadora **Drª. Fabiana Costa Machado Zacharias**, pelas oportunidades proporcionadas, por incentivar o meu desenvolvimento acadêmico, pela paciência, ensino e apoio.*

*Ao **Grupo de Altos Estudos de Avaliação de processos e práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem** (GAAPS), pelo importante espaço de aprendizado e trabalho em equipe, em particular a **Silvia Helena Valente,** sempre muito prestativa, pelo incentivo e colaboração na pesquisa.*

*Ao **Hospital Regional de Piracicaba – Drª. Zilda Arns**, pela autorização à pesquisa.*

*Aos **participantes desta pesquisa**, que possibilitaram a sua realização.*

*À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, especialmente ao **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública**, pelas oportunidades e pelo auxílio durante o curso de Mestrado.*

*Ao **Conselho Nacional de Pesquisa** (CNPq) pela concessão da bolsa de Mestrado (processo nº 130224/2019-7).*

*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, a todos aqueles que participaram deste percurso, de maneira direta ou indireta, meus agradecimentos!

RESUMO

TOMAZELA, M. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Objetivou-se analisar a Transição do Cuidado (TC) de idosos que receberam alta do hospital para casa. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com idosos, após internação em hospital público, no interior paulista, no primeiro semestre de 2020. Os dados foram coletados em prontuário eletrônico do paciente e por ligações telefônicas. Foram utilizados um questionário contendo dados sociodemográficos e instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil), versão validada para o Brasil, composto por 15 itens. O CTM-15 segue a escala Likert, com cinco opções de respostas, quanto maior o escore alcançado, melhor é a TC. O CTM-15 Brasil foi aplicado por telefone, aos idosos e/ou cuidadores, em até quatro semanas após alta hospitalar. Foi calculado o escore padronizado, tendo com o valor mínimo 20 e o máximo 100, sendo 70 considerado satisfatório. Realizou-se análises descritivas e inferenciais. Para verificar a relação entre a variável dependente TC e as variáveis independentes foram aplicadas análises bivariadas. Optou-se pelos testes não paramétricos de correlação de Spearman e Kruskal-Walis. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram 156 idosos, familiares e/ou cuidadores sendo 51,92% mulheres; média entre as idades de 74,70 anos; 67,95% residiam em Piracicaba, convivendo com três pessoas e 42,31% eram casados, 84,62% com renda derivada de benefícios do governo, como aposentadoria e/ou pensão e 55,13% tinham ensino fundamental incompleto. Os cuidadores foram a maioria que responderam aos questionários, 88,46%. A duração média da última internação foi de 8,27 dias causada, majoritariamente (72,44 %), por COVID-19 e 75% apresentaram entre 1 e 3 comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica (57,7%) a mais frequente. Relacionado ao número de medicamentos em uso, mais de 50% não usavam qualquer medicamento para todas as Classificações Anatômicas Terapêuticas Química, exceto os idosos, com alterações no aparelho cardiovascular. Ao mensurar a TC o escore geral foi 68,6 e os fatores 1 e 2 obtiveram maiores escores 70,5 e 71,2, respectivamente. Houve correlação positiva entre os 4 fatores do CTM-15 Brasil e entre os fatores do CTM-15 Brasil e número de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos, de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química. O número de medicamentos utilizados para o sistema sangue e órgãos hematopoiéticos apresentaram correlação com o escore geral e com os fatores 1 e 3 do CTM-15 Brasil. O número de medicamentos utilizados para tratamento do sistema cardiovascular teve correlação entre escore geral e fator 3 e, referente aos números de medicamentos para o sistema nervoso houve a correlação entre escore geral e fatores 1 e 2. Os números de medicamentos para o sistema muscular apresentaram correlação apenas com o fator 2. Evidenciou-se a qualidade da TC, neste hospital, próxima do valor considerado satisfatório, sendo dois dos quatro fatores com pontuação maior que 70; entretanto há necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta do hospital para casa, principalmente, no que se refere a Preferências asseguradas e Plano de cuidado dos idosos.

PALAVRAS- CHAVE: Programas de Transição do Cuidado. Idoso. Cuidado Transicional

ABSTRACT

TOMAZELA, M. Transition of elderly care from hospital to home. 2021. 113 f. Thesis (Masters) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The objective was to analyze the Transition of Care (TC) of elderly people who were discharged from hospital to their homes. This is a descriptive and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with elderly people, after their admission to a public hospital, in the inner cities of São Paulo, in the first semester of 2020. Data were collected from the patient's electronic medical record and by phone calls. A questionnaire containing sociodemographic data and a Care Transitions Measure (CTM-15 Brazil) instrument, with a version validated for Brazil, composed of 15 items, were used. The CTM-15 follows a Likert scale, with five response options, the higher the score achieved, the better the TC. The CTM-15 Brazil was applied via telephone to the elderly and/or caregivers within four weeks after hospital discharge. The standardized score was calculated, with a minimum value of 20 and a maximum of 100, where 70 was considered satisfactory. Descriptive and inferential analyzes were performed. To verify the relationship between the dependent variable TC and the independent variables, bivariate analyses were applied. We opted for the nonparametric Spearman and Kruskal-Walis correlation tests. The study was approved by the Research Ethics Committee. A total of 156 elderly people, family members and/or caregivers participated in the study, 51.92% were women; the mean age was 74.70 years; 67.95% lived in Piracicaba, living with three people and 42.31% were married, 84.62% had income derived from government benefits, such as retirement and/or pension, and 55.13% had incomplete elementary school education. Caregivers were the majority who answered the questionnaires, 88.46%. The average duration of the last hospitalization was 8.27 days caused mostly (72.44%) by COVID-19 and 75% had between 1 and 3 comorbidities, with systemic arterial hypertension (57.7%) as the most frequent. Regarding the number of drugs in use, more than 50% were not using any drugs for all the Anatomical Therapeutic Chemical Classifications, except for the elderly, with changes in the cardiovascular system. When measuring TC, the overall score was 68.6 and factors 1 and 2 had higher scores 70.5 and 71.2, respectively. There was a positive correlation between the 4 factors of the CTM-15 Brazil and between the factors of the CTM-15 Brazil and the number of drugs used to treat the elderly, according to the Anatomical Therapeutic Chemical Classification. The number of drugs used for the blood system and hematopoietic organs correlated with the overall score and with factors 1 and 3 of the CTM-15 Brazil. The number of drugs used for the treatment of the cardiovascular system had a correlation between the general score and factor 3 and, regarding the number of drugs for the nervous system, there was a correlation between the general score and factors 1 and 2. The numbers of medications for the muscular system showed correlation only with factor 2. It was evidenced that the quality of CT, in this hospital, is close to a value considered to be satisfactory, with two of the four factors scoring higher than 70; however, strategies need to be adopted to improve the process of discharge from hospital to home, especially with regard to Assured preferences and Care plan for the elderly.

KEY WORDS: Care Transition Programs. Elderly People. Transitional Care

RESUMEN

TOMAZELA, M. Transición del cuidado de ancianos del hospital al domicilio. 2021. 113 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

El objetivo fue analizar la Transición del Cuidado (TC) de los ancianos que fueron dados de alta del hospital a su domicilio. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con ancianos, después de haber sido ingresados en un hospital público, en el interior de São Paulo, en el primer semestre de 2020. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y mediante llamadas telefónicas. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos y el instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil), versión validada para Brasil, compuesta por 15 ítems. El CTM-15 sigue la escala Likert, con cinco opciones de respuesta, cuanto mayor sea el puntaje obtenido, mejor será la TC. El CTM-15 Brasil se aplicó por teléfono a los ancianos y/o cuidadores dentro de las cuatro semanas posteriores al alta hospitalaria. Se calculó la puntuación estandarizada, con un valor mínimo de 20 y un máximo de 100, considerándose satisfactorio 70. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. Para verificar la relación entre la variable dependiente TC y las variables independientes, se aplicaron análisis bivariados. Optamos por las pruebas de correlación no paramétricas de Spearman y Kruskal-Walis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Participaron 156 ancianos, familiares y/o cuidadores, de los cuales el 51,92% eran mujeres; la edad media era de 74,70 años; el 67,95% vivían en Piracicaba, convivían con tres personas y el 42,31% estaban casados, el 84,62% con ingresos derivados de prestaciones gubernamentales, como jubilación y/o pensión y el 55,13% tenían educación primaria incompleta. Los cuidadores fueron la mayoría que respondió a los cuestionarios, 88,46%. La duración media de la última hospitalización fue de 8,27 días, mayoritariamente (72,44%) por COVID-19 y el 75% tuvo entre 1 y 3 comorbilidades, siendo la hipertensión arterial sistémica (57,7%) la más frecuente. En relación con el número de medicamentos en uso, más del 50% no usó ningún medicamento para todas las Clasificaciones Anatómicas Terapéuticas Químicas, a excepción de los ancianos, con alteraciones en el sistema cardiovascular. Al medir la TC, la puntuación general fue de 68,6 y los factores 1 y 2 tuvieron puntuaciones más altas de 70,5 y 71,2, respectivamente. Hubo una correlación positiva entre los 4 factores del CTM-15 Brasil y entre los factores del CTM-15 Brasil y la cantidad de medicamentos utilizados para tratar a los ancianos, según la Clasificación Anatómica Terapéutica Química. El número de fármacos utilizados para el sistema de la sangre y los órganos hematopoyéticos mostró correlación con la puntuación global y con los factores 1 y 3 del CTM-15 Brasil. El número de medicamentos utilizados para tratar el sistema cardiovascular tuvo una correlación entre el puntaje general y el factor 3 y, en cuanto al número de medicamentos para el sistema nervioso, hubo una correlación entre el puntaje general y los factores 1 y 2. El número de medicamentos para el sistema muscular sólo mostró correlación con el factor 2. La calidad de la TC, en este hospital, se acercó al valor considerado satisfactorio, con dos de los cuatro factores con una puntuación superior a 70; sin embargo, es necesario adoptar estrategias para mejorar el proceso de alta del hospital al domicilio, principalmente en lo que se refiere a las Preferencias aseguradas y al Plan de cuidados para el anciano.

PALABRAS CLAVE: Programas de transición de cuidados. Anciano. Cuidado de transición

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxo de seleção dos artigos da Revisão Integrativa Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto 29

Figura 2- Área de abrangência do Departamento Regional de Saúde X "Dr. Laury Cullen" – Piracicaba (DRS X – Piracicaba) 53

Figura 3- Síntese esquemática de coleta e análise de dados da pesquisa 56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Síntese dos artigos eleitos para a revisão (n = 37). Ribeirão Preto, 2021..... 31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de idosos que receberam alta do hospital para casa, segundo variáveis categóricas. Piracicaba, 2021..... 62

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica de idosos que receberam alta do hospital para casa, segundo variáveis numéricas. Piracicaba, 2021..... 63

Tabela 3- Motivos de internação de idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 64

Tabela 4- Frequência do total de comorbidades dos idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 64

Tabela 5 - Frequência das principais comorbidades dos idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 65

Tabela 6- Frequência do total de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos que tiveram alta do hospital para casa, de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química. Piracicaba, 2021..... 66

Tabela 7- Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-15 Brasil e por fatores, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 67

Tabela 8- Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 67

Tabela 9- Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 69

Tabela 10- Correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 Brasil e as variáveis contínuas do estudo, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 71

Tabela 11- Comparação dos escores total e por fator do CTM-15 Brasil com as variáveis categóricas sociodemográficas, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 72

Tabela 12- Comparação dos escores total e por fator do CTM-15 Brasil com o motivo da internação, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021..... 74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APNs	Prática Avançada de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCTP	Programa de Transições de Cuidados de Base Comunitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
COT	Centro de Ortopedia e Traumatologia
COVID	*Coronavirus Disease*
CRAB	Centro de Referência em Atenção Básica
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CTI	*Care Transitions Intervention*
CTM	*Care Transitions Measure*
C-TraC	Programa de Cuidados de Transição Coordenada
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	*Diabetes Mellitus*
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRS	Departamento Regional de Saúde
E	Escore Original do Indivíduo
EAM	Eventos Adversos a Medicamentos
EC	Escore Padronizado
ESHF	Insuficiência Cardíaca em Estágio Terminal
EUA	Estados Unidos da América
FASCAMP	Fundação da Área da Saúde de Campinas
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

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HR	*Hazard Ratio*
HRP	Hospital Regional de Piracicaba
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBECS	*Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*
IC	Insuficiência Cardíaca
IRR	*Internal Rate of Return*
ITC	Transição Integrada de Cuidados
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M_d	Mediana
Max	Valor Máximo
MCCT	Programa de Transições de Cuidados da Clínica Mayo
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MeSH	*Medical Subject Headings*
Min	Valor Mínimo
MTC	Modelo de Atendimento Transicional
MSVD	Transição do Cuidado em Idosos Após Hospitalização
N	Número total
n	Tamanho amostral ou frequência absoluta
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
P	Probabilidade
PDTC	Programa de melhoria da qualidade e de cuidados integrados de transição pós-alta
PICo	Paciente, Intervenção e Contexto
PPCs	Médicos Especializados em Cuidados Paliativos
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
PTC	Programa de Transição do Cuidado
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Microrregião de Piracicaba
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Programa Modelo de Tratamento Transicional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
α	Nível de significância
σ / DP	Desvio Padrão
%	Percentual
μ	Valores de média

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....17
1 INTRODUÇÃO.....19
2 REVISÃO DA LITERATURA 27
3 OBJETIVOS…….....……...…… 50
3.1 OBJETIVO GERAL 50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....50
4 MÉTODO.....…….....52
4.1 TIPO DE ESTUDO 52
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....52
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO 54
4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS. 56
4.5 ASPECTOS ÉTICOS 60
5.RESULTADOS 62
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....62
5.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO-ANÁLISE DO CTM-15 Brasil…….....66
6 DISCUSSÃO…….....…….....….76
7 CONCLUSÃO…….....….....86
REFERÊNCIAS.....…….....89
ANEXO.....100
APÊNDICES.....104

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O sonho de me tornar pesquisadora iniciou ainda no ensino médio, o que me incentivou a estudar e me preparar para o vestibular de uma universidade pública. Enquanto estudava, fantasiava a vida acadêmica. Fiquei muito contente ao ver meu nome na lista de aprovados na FUVEST, e saber que ali começaria a concretização de um sonho.

Consequentemente, em 2015, começou minha trajetória acadêmica, quando iniciei o curso de graduação em Bacharelado em Enfermagem, na Universidade de São Paulo. Aos 18 anos, mudei de uma cidadezinha pacata, do interior de São Paulo, para Ribeirão Preto, uma importante cidade do estado de São Paulo, isso me encantou. Contava sobre minha vida para minha família e amigos, sempre com muito prazer, sobre esse novo desafio.

Na graduação, fiz parte de grupos de pesquisas, participei de projetos de pesquisa, extensão e monitoria acadêmica, e estas experiências ampliaram o interesse pela trajetória acadêmica. Durante minha prática em campo de estágio, sempre me questionei a respeito da alta dos pacientes e como seriam os acompanhamentos pós alta, pois ficava intrigada que, na grande maioria das vezes, não havia a contrarreferência, o que, possivelmente, seria prejudicial. Essa inquietude fez com que eu buscasse um grupo de pesquisa direcionado ao tema, para ajudar a compreender melhor essa prática.

Dessa forma, em 2018, comecei a participar das reuniões do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), no qual pude conhecer uma das linhas de pesquisa da minha atual orientadora, Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto. Em uma reunião, surgiu a proposta para que eu trabalhasse em pesquisas com a temática da Transição do Cuidado. Fiquei motivada a realizar a pós-graduação, fiz a matrícula para o Mestrado no Programa de Pós-Graduação, “Enfermagem Saúde Pública”, no final do ano de 2018, desde então, aprimorei meus conhecimentos quanto a metodologias, escrita científica, participação e organização de eventos.

Hoje, finalizo essa etapa da minha vida, com a intenção de contribuir para a pesquisa, na área de meu interesse, visando à melhoria da qualidade da continuidade do cuidado, satisfeita e grata à bolsa da agência de fomento CNPq (processo nº 130224/2019-7), recebida durante o meu período de pesquisa, que permitiu dedicar-

me exclusivamente aos estudos.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A dissertação aqui desenvolvida é um desdobramento da pesquisa intitulada: “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, examinado pelo Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), inserido na linha de pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”.

Esta dissertação 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 Mundial de Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no fortalecimento da 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.

Decorrente de uma transição demográfica, o envelhecimento populacional é um fato em escala global, que tem aumentado a expectativa de vida, além das baixas taxas de fecundidade, o que resulta em um significativo crescimento de idosos e uma redução de crianças e jovens (DAWALIBI *et al*., 2013; ANDRADE *et al*., 2013).

Projeções demográficas, para o período de 2015 a 2050, mostram que a população mundial, com mais de 60 anos, passará de 12% para 22%. Em 2050, espera-se que a população mundial com 60 anos ou mais chegue a 2 bilhões, em comparação aos 900 milhões de 2015 (OPAS; OMS, 2018).

Atualmente, os países em desenvolvimento, como se observa no Brasil, estão na fase de mudança mais acelerada, quanto à transição demográfica, embora esta tenha surgido primeiro em países desenvolvidos. Em meados do século XXI, muitos países como Chile, China, República Islâmica do Irã e Federação Russa terão uma proporção semelhante de pessoas idosas ao Japão (OPAS; OMS, 2018).

No Brasil, em 2017, o número de idosos ultrapassou os 30 milhões e, para 2031, a tendência é que essa população supere o número de crianças e adolescentes. Dessa forma, o Brasil será o sexto país com a maior população acima dos 60 anos do mundo (DAWALIBI *et al.,* 2013; ANDRADE *et al*., 2013; IBGE, 2015).

Há um crescente desafio em somar qualidade de vida aos anos adicionais vividos, o que gera a necessidade de desenvolver políticas públicas de saúde voltadas para os idosos, considerando a capacidade funcional, autonomia e autossatisfação (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015; MIRANDA, *et al.,* 2016). Tais iniciativas devem incentivar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, visto que as doenças próprias da senescência passam a ser mais presentes na vida das pessoas (VALCARENGHI *et al*., 2015).

Nesse sentido, é importante entender o contexto das hospitalizações de idosos, uma vez que o melhor gerenciamento do quadro clínico, planejamento de alta e provisão de recursos na residência, para atender às necessidades do paciente. Esse cuidado pode evitar a readmissão hospitalar, que gera um gigantesco ônus ao sistema de saúde, além de desconforto para o paciente e seus familiares (KIRBY *et al.,* 2010). O autocuidado ineficaz também pode resultar em readmissões hospitalares, por englobar o comportamento de saúde, as condições biopsicossociais e culturais dos usuários (HOLDEN *et al*., 2017).

Em relação às hospitalizações, pode-se destacar o crescimento das taxas de internação, conforme o aumento da idade, as alterações metabólicas, as perdas funcionais/cognitivas e a perda de qualidade de vida pós-alta hospitalar. Portanto, ao pensar em estratégias de cuidados, relacionadas à população idosa, é preciso considerar todos estes aspectos (SANTOS *et al*., 2015; MALTA *et al*., 2013, CORBETT *et al*., 2010).

O contexto da pandemia da COVID-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020(WHO, 2020) evidenciou que pessoas com 60 anos ou mais são mais vulneráveis à doença (HUANG, *et al.,* 2019). O envelhecimento do sistema imunológico intensifica a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e, para aqueles com doenças crônicas o prognóstico é ainda mais severo (ZHANG, 2020; NUNES, 2020), podendo aumentar as internações nesta faixa etária. O risco de óbito por COVID-19 também aumenta com a idade, sendo que a população idosa foi a mais atingida no ano de 2020 pela doença, especialmente, com doenças crônicas (ZHANG, 2020; LLOYD-SHERLOCK, 2020).

Ao considerarmos o impacto da pandemia da COVID 19 em maiores de 60 anos nos anos de 2020 e 2021, em especial aqueles com comorbidades, reforça-se a discussão da Transição do Cuidado na RAS e o planejamento de alta hospitalar, com foco nessa população, tendo em vista a sua vulnerabilidade às doenças.

A alta hospitalar de idosos deve ser muito bem planejada, uma vez que, é um momento de grandes mudanças no cotidiano (WEBER *et al.*, 2017), dessas pessoas e, muitas vezes, as orientações de alta são realizadas apenas na saída do paciente, de forma mecânica e apressada. Nesse momento, são oferecidas muitas informações, ao mesmo tempo, o que dificulta a compreensão do idoso, dos familiares e/ou cuidadores (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014). Uma vez em casa, os idosos se deparam com problemas e incertezas acerca da nova terapêutica (DELATORRE *et al*., 2013). O conjunto de fatores pode acarretar problemas, como angústia, ansiedade e pouca adesão ao tratamento, o que gera uma maior carga sobre o paciente, familiares e/ou cuidadores (COLEMAN *et al*., 2003).

Outro agravante são as altas precoces, devido aos custos das internações hospitalares para os sistemas de saúde. Vale ressaltar que a antecipação do processo de alta faz com que o paciente, familiares e/ou cuidadores assumam a continuidade do cuidado, muitas vezes, sem o preparo necessário (GANZELLA; ZAGO, 2008).

Ao analisar a fragilidade dos serviços prestados aos doentes, observa-se: descontinuidade do cuidado, ausência de referência e contrarreferência, as onerosas internações hospitalares e constantes idas à unidade de pronto atendimento. Destaca-se a vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ao atendimento da população idosa (LAGO *et al*, 2010; ACOSTA, 2016; MOREIRA, 2010).

Isso posto, observa-se que o tema da Transição do Cuidado (TC), apesar de ainda pouco estudada no Brasil, pode contribuir e complementar essa discussão, uma vez que prevê a coordenação, integração, longitudinalidade do cuidado. Trata-se de um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade de cuidados de saúde, nas transferências do paciente, de acordo com Coleman; Boult (2007), sejam elas entre serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou de um serviço de saúde para os cuidados domiciliares e autocuidado. Os idosos são mais vulneráveis aos riscos que podem afetar sua saúde, durante as transições, por isso é importante ter qualidade nos atendimentos para a transição (BAILLIE *et al.,* 2014).

A Transição do Cuidado (TC) é a forma de alcançar e operacionalizar o cuidado, com ações para coordenar e dar continuidade na transferência do paciente (BAILLIE *et al.,* 2014). A TC está fundamentada em um plano abrangente de cuidados que inclui arranjos logísticos, educação do paciente, da família e/ou cuidadores, sob a coordenação entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços (COLEMAN,

2001). A 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 (COLEMAN; BOULT, 2007). Uma TC adequada requer intervenções contínuas, a fim de estabelecer resultados satisfatórios (DUSEK, *et al*., 2015; SHAMJI, *et al*., 2014; *REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO*, 2014).

Em particular, a Transição do Cuidado é importante para idosos em regimes terapêuticos complexos, o que inclui os familiares e/ou cuidadores, uma vez que, esses idosos, geralmente, recebem atendimento em diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se movimentam com frequência em ambientes de assistência médica logo, mais vulneráveis a falhas nos cuidados (BAILLIE *et al.,* 2014). As transferências inadequadas têm sido associadas a eventos adversos como, baixa satisfação com o cuidado e readmissões hospitalares (NAYLOR; KEATING, 2008; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

A Transição do Cuidado abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, o acompanhamento dos medicamentos, a rede social e comunitária, o monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta e o acompanhamento nos serviços ambulatoriais (COLEMAN *et al*., 2001; BURKE *et al*., 2013).

É oportuno destacar, que a Transição do Cuidado entre serviços de saúde envolve uma série de interfaces entre cuidados primários, especializados, hospitalares e comunitários, nos quais os integrantes principais são o enfermo, a família e/ou cuidadores. Dessa maneira, é fundamental que eles sejam considerados componentes centrais para quaisquer estratégias de TC segura e eficaz (*WORD HEALTH ORGANIZATION*, 2016). A TC envolve desde o planejamento da alta e a educação em saúde do paciente e da família e/ou cuidadores, até a organização logística, a articulação com os serviços de saúde e a comunicação entre profissionais atuantes no processo (COLEMAN; BOULT, 2007).

As transições são, especialmente, acompanhadas por alterações no estado de saúde, visto que a transferência desses pacientes pode acarretar um novo diagnóstico, novo tratamento ou mudança no seu *status* funcional, que podem comprometer a qualidade de vida e afetar o gerenciamento de suas próprias condições, fora dos serviços de saúde (COLEMAN *et al*., 2004; NAYLOR; KEATING, 2008).

Além do estado clínico que pode interferir na TC, outros fatores também estão relacionados, como: estado cognitivo do usuário, nível de atividade e *status* funcional,

adequação do domicílio do idoso (limpeza, escadas, localização), apoio de familiares e/ou cuidadores, capacidade de gerir medicamentos, cuidados de saúde e serviços sociais, e disponibilidade de transporte adequado (NAYLOR; KEATING, 2008). 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 (SHADMI, 2013).

A implantação de modelos de TC pode colaborar para o estabelecimento de estratégias com o favorecimento de transferências seguras de idosos na RAS, qualificar o atendimento dessa população específica e direcionar as ações dos profissionais de saúde (COLEMAN; BOULT, 2007; NAYLOR; SOCHALSKI, 2010).

O *Care Transitions Intervention* (CTI) é um programa de Transição do Cuidado, criado em 1998, por Eric A. Coleman, ao ser implementado, apresenta reduções de 25 a 50% nas readmissões hospitalares e maiores taxas de satisfação dos pacientes (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014). O Programa de Transição do Cuidado (PTC) prevê a coordenação, integração, longitudinalidade do cuidado, por se tratar de um conjunto de ações destinadas a assegurar a sequência dos cuidados de saúde, sejam eles de um serviço de saúde para outro, ou de um serviço de saúde para os cuidados domiciliares e autocuidado (COLEMAN; BOULT, 2007).

O PTC foi desenvolvido a partir dos resultados de uma pesquisa de Coleman e seus colaboradores, em um grande serviço integrado no estado do Colorado, nos Estados Unidos. Os participantes da pesquisa receberam ferramentas que promoviam a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, o que facilitou o fluxo de informação, além disso, foram apoiados para desenvolverem um papel mais ativo em seus cuidados (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014). Como resultado do PTC, foram identificadas redução das taxas de reospitalização, em 30, 90 e 180 dias, bem como os pacientes relataram altos níveis de confiança para administrar sua condição de saúde.

Coleman (2014) desenvolveu a teoria em quatro pilares de base para o desenvolvimento de ações que assegurem uma transição mais segura (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014).

O primeiro pilar refere-se à autogestão de medicamentos, neste domínio o enfermo precisa conhecer muito bem o esquema medicamentoso. Destaca-se o problema do tratamento medicamentoso como responsável pela maioria dos eventos

adversos, após a alta hospitalar. Nesse caso, a reconciliação medicamentosa torna-se importante aliada à Transição do Cuidado, uma vez que é realizada uma revisão dos medicamentos que o paciente faz uso. Os pacientes devem contar com o suporte dos profissionais de saúde para auxiliá-los na reconciliação da lista de medicamentos, pré e pós hospitalização, para identificar e corrigir discrepâncias (BURKE *et al*., 2013; CORBETT *et al*., 2010; *THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014).

O segundo pilar é o registro dinâmico das condições de saúde. Para isso, é imprescindível que o paciente seja incentivado a fazer um registro de suas percepções e todos os eventos que permeiam o processo de curso da doença. Esse registro tem como finalidade facilitar a comunicação entre paciente e profissionais e assegurar a continuidade do cuidado, nos diferentes pontos de atenção.

Os profissionais devem apoiar e incentivar esses registros e compartilhá-los, o que favorece a comunicação e transmissão de informações entre o paciente e a equipe de assistência pós-hospitalar (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014; BURKE *et al*., 2013).

O terceiro pilar é a garantia do agendamento de consulta, com médico especialista ou médico da Atenção Primária à Saúde (APS), durante o período de hospitalização. Este pilar diz respeito à comunicação entre os membros da equipe de saúde, dos diferentes pontos de atenção da rede, e da organização das atividades de assistência ao paciente, entre os profissionais de saúde de diferentes localidades para alcançar o resultado desejado. A fim de assegurar esse pilar, os profissionais precisam auxiliar os pacientes a agendar a próxima consulta, o que garante a continuidade do cuidado (DELISLE, 2013; BURKE *et al.,* 2013; *THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014).

O quarto pilar baseia-se no conhecimento do enfermo sobre os sinais de piora ou mudanças no curso da doença. Com esse cuidado, é possível saber qual o procedimento mais adequado: conhecer os sintomas, reações medicamentosas, efeitos colaterais e conhecer onde e quando é o momento de buscar ajuda profissional. Dessa maneira, trata-se da orientação dos pacientes, familiares e/ou cuidadores, sobre o diagnóstico e os cuidados necessários, incluindo orientações sobre os problemas de saúde e formas para prevenir agravos, mudanças no tratamento medicamentoso, consultas ambulatoriais e assistência em situações inesperadas para garantia da continuidade do tratamento, após a alta hospitalar (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014).

Atualmente, a Transição do Cuidado é adotada por mais de 1.000 organizações líderes de assistência médica nos Estados Unidos, na Austrália, no Canadá e em Cingapura (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014).

Diante do exposto, a TC de idosos do hospital para casa mostra-se relevante e necessita de intensa atenção, durante e após o período no hospital, pois os idosos, na maioria das vezes, possuem perdas funcionais associadas ao comprometimento das atividades de vida diária, modificam a rotina e diminuem a qualidade de vida.

A pandemia corroborou a necessidade do cuidado gerontológico de enfermagem mais qualificado e seguro, sendo indispensável redefinir as ações de atenção ao idoso, considerando a diversidade e presumindo tanto o presente quanto o futuro (HAMMERSCHMIDT, 2020). Para contextualizar a TC, foi realizada revisão da literatura, apresentada no Capítulo 2.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para a revisão da literatura, optou-se por utilizar a revisão integrativa, que permite, a partir de uma temática específica, a reunião e síntese de estudos no vasto acervo da literatura científica, o que permite gerar análises e conclusões acerca do tema abordado (GARCIA *et al*., 2016).

Para tanto, foram adotadas as etapas estabelecidas por Mendes *et al*. (2008), para a construção de uma revisão integrativa: 1) elaboração da pergunta de pesquisa, 2) seleção da amostragem dos estudos primários encontrados na literatura científica, 3) extração dos dados, 4) avaliação e síntese dos estudos primários incluídos, 5) análise e discussão dos resultados encontrados e 6) apresentação da revisão.

No que se refere à construção da pergunta de pesquisa desta revisão integrativa, aplicou-se a estratégia PICo, um acrônimo na língua inglesa para Paciente, Intervenção e Contexto. O uso dessa estratégia objetiva formular a questão de pesquisa e identificar palavras-chave que irão auxiliar no processo de busca dos estudos primários (KLUWER, 2011, *apud* GARCIA *et al.,* 2016) Logo, a questão de estudo definida para esta revisão foi: “Quais são as intervenções encontradas em Programas de Transição do Cuidado para idosos?” O primeiro elemento da estratégia PICo (P) consiste no idoso; o segundo elemento (I), transição do cuidado; e o último elemento (Co), Programas de Transição de Cuidado.

Dessa maneira, o objetivo da revisão é analisar as evidências científicas acerca da eficácia e intervenções propostas em Programas de Transição do Cuidado em idosos.

A estratégia de busca ocorreu nas bases de dados do Portal Integrado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incorporando as bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados bibliográficos especializada na área de Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS); além da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), SCOPUS e *Web of Science*, com descritores controlados e descritores não controlados (palavras-chave) que foram utilizados para a localização dos artigos. As buscas ocorreram no mês de janeiro de 2021.

Os seguintes descritores controlados foram utilizados para pesquisa nas bases de dados, a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da BVS; MeSH

(*Medical Subject Headings*); e Emtree: Idoso, Idoso de 80 anos ou mais, Idoso Fragilizado e Cuidado Transicional. Os principais descritores não controlados (palavras-chave) selecionados foram: Programas de Transição do Cuidado e CTM-15. Os cruzamentos de descritores controlados e palavras-chave foram realizados em todas as bases de dados escolhidas, com a utilização de Operadores Booleanos AND e OR.

Para esta revisão, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: publicações encontradas nos idiomas em português, inglês e espanhol, sem limite de datas. Foram excluídos protocolos, normas técnicas e estudos que não respondiam à questão de pesquisa proposta por este estudo.

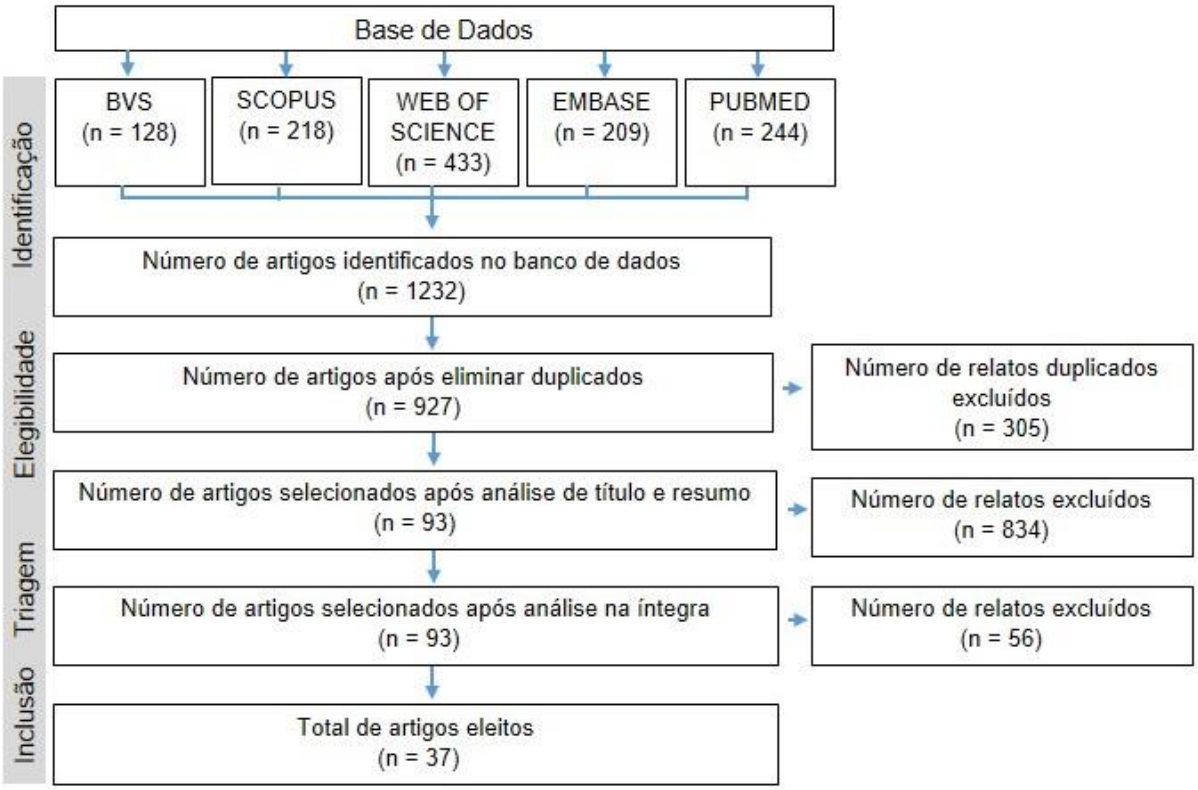
Após a busca por artigos nas bases de dados, utilizando as estratégias supracitadas, os estudos encontrados foram exportados para a ferramenta computacional denominada Rayyan, que dá suporte na organização e seleção dos artigos encontrados nas bases de dados. Essa ferramenta identifica artigos duplicados e classifica estudos primários, de acordo com os critérios de elegibilidade do estudo, o que dinamiza o processo de tratamento da amostragem encontrada, para a melhor gestão e visualização dos resultados. As análises para seleção da amostra final foram realizadas por dois revisores, de forma independente, de modo que, nos casos em que houve discordância entre os artigos eleitos, um terceiro revisor foi convidado para a avaliação de elegibilidade.

A Figura 1, apresenta o fluxograma de seleção da amostragem criado para esta revisão integrativa. Inicialmente, a amostra total de artigos encontrados nas bases de dados (n = 1.232) foi exportada para o *software* Rayyan, o qual identificou, para respectiva exclusão, os artigos que se encontravam duplicados (n = 305). Após exclusão de duplicatas, realizou-se a avaliação da amostragem restante (n = 927). Na primeira análise, após leitura de título e resumo, obteve-se uma amostra de artigos eleitos para leitura na íntegra (n = 93).

No que tange às principais razões que excluíram, inicialmente, os estudos por não atenderem os critérios de elegibilidade (n = 834), estão: conflitos entre equipes de saúde na transferência de responsabilidade pós-internação do paciente, instrumentos de avaliação de cuidados transicionais, estudos com foco na transição da fase pediátrica para adulta e outros artigos que não atendiam à pergunta da pesquisa ou não possuíam relação com o tema do estudo. Na segunda análise, após leitura dos artigos na íntegra, obteve-se uma amostra final concordante entre os

revisores (n= 37), da qual, justifica-se a exclusão dos outros artigos, principalmente, pelo fato de não atenderem a população escolhida neste estudo (idosos), ou por não possuírem texto completo disponível para avaliação.

Figura 1- Fluxo de seleção dos artigos da Revisão Integrativa Transição do Cuidado de idosos do hospital para casa, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil, 2021.



Fonte: Construção da autora, 2021.

Para síntese dos resultados, utilizou-se um instrumento desenvolvido por pesquisadores da enfermagem, o qual descreve características pertencentes aos estudos eleitos para esta revisão de literatura. Dentre os componentes do instrumento, destacam-se: metodologia aplicada no estudo, nível de evidência científica, objetivos e principais resultados (URSI; GALVÃO, 2006). No que diz respeito sobre o ordenamento do nível de evidência dos estudos eleitos, seguiu-se a classificação em níveis de evidência, proposta pela “Prática baseada em evidências em enfermagem e saúde”, sistematizada por Melnyk e Fineout-overholt (2001).

Dessa forma, a partir da metodologia descrita nos estudos, foi possível classificá-los em sete níveis: nível 1 (mais forte) as evidências derivadas de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, as

evidências resultantes de ensaios clínicos randomizados controlados bem delimitados; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização; nível 4, evidências obtidas de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados; nível 5, as evidências resultantes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências originárias de um único estudo descritivo ou qualitativo; e nível de evidência 7 (mais fraco), que abrange evidências obtidas a partir da opinião de autoridades/relatórios de comitês de especialistas.

A análise dos resultados encontrados nesta revisão se deu de forma descritiva, apresenta a síntese dos estudos eleitos, assim como a comparação entre semelhanças e diferenças presentes nas propostas de Programas de Transição analisadas.

A amostra de artigos eleitos foi composta por 37 artigos, sendo os anos de 2015 (n = 4), 2016 (n = 5), 2018 (n = 5), 2019 (n = 6) e 2020 (n = 5) os anos com maior número de publicações. Quanto às bases de dados, não foram encontrados artigos passíveis de serem eleitos na BVS, que engloba a LILACS, IBECS e BDENF, em detrimento das outras bases, Scopus (n = 12), Embase (n = 5), Web Of Science (n = 13), e Medline (n = 7). Com relação ao idioma, todos os artigos eleitos encontram-se na língua inglesa, caso em que se observou a ausência de estudo proveniente de pesquisas realizadas no Brasil, o que sugere a escassez de estudos publicados sobre programas de TC em idosos, no país. Na maioria dos artigos selecionados, o enfermeiro foi tido como figura essencial para a efetivação de Programas de Transição.

No que diz respeito ao nível de evidência, 11 artigos tratavam de ensaios clínicos randomizados controlados e bem delimitados (nível de evidência 2), 9 artigos tratavam de evidências obtidas de estudo de coorte bem delimitados (nível de evidência 4).

Os estudos propostos para relatar os Programas de Transição foram conduzidos, predominantemente, em pacientes idosos, acima de 60 anos, que ainda se encontravam hospitalizados e prestes a receber alta hospitalar. Muitos dos estudos eleitos possuem foco em pacientes que foram hospitalizados por apresentarem agudização de comorbidades associadas a Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNTs (n= 16).

O quadro 1 a seguir apresenta a síntese dos artigos eleitos nesta revisão:

Quadro 1- Síntese dos artigos eleitos para a revisão (n = 37), Ribeirão Preto, 2021.

Artigo/ autores	**Título do artigo**	**Ano/ base de dados**	**Metodologia/nível de evidência científica (NE)**	**Programa/Ações em saúde**
#1 CRANNAGE, A.J. *et al*.	*Implementation of a Discharge Education Program to Improve Transitions of Care for Patients at High Risk of Medication Errors.*	**Ano:** 2020 **Base de Dados:** SCOPUS	Estudo observacional prospectivo e centralizado. **NE:** VI	Programa de educação sobre medicação para alta hospitalar e contato de acompanhamento telefônico. Ações educativas antes da alta do paciente e acompanhamento telefônico após a alta hospitalar. A taxa de readmissão em 30 dias foi de 10% para os pacientes que receberam este serviço, em comparação com 19% antes da ação.
#2 NEU, R. *et al.*	*Impact of Pharmacist Involvement in Heart Failure Transition of Care.*	**Ano:** 2020 **Base de Dados:** SCOPUS	Estudo unicêntrico, pré-pós quase-experimental. **NE:** IV	Programa de Transição de Cuidados para Insuficiência Cardíaca (IC). Gestão de medicação; Supervisão da dosagem de medicamentos; Descontinuação de medicações; Prevenção de duplicação de doses; Educação do paciente e esclarecimento contínuo de dúvidas. Diminuindo significativamente a taxa de readmissão por IC em 30 dias. No grupo controle, 57 (17,3%) pacientes tiveram readmissão por IC em 30 dias, em comparação com 35 (10,5%) pacientes no grupo de intervenção.
#3 VEARING, R. *et al*.	*Evaluation of the impact of a post-hospital discharge Transitional Aged Care Service on frailty, malnutrition and functional ability.*	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** SCOPUS	Análise retrospectiva de uma coorte clínica. **NE:** IV	Programa de acompanhamento e avaliação constante do estado nutricional, nível de fragilidade e capacidade funcional de idosos, com duração de 12 semanas. Os participantes receberam suporte dietético individualizado de acordo com suas necessidades e exigências. Naqueles que completaram o programa (n = 79), melhorias significativas foram encontradas no estado nutricional, fragilidade e capacidade funcional (P <0,0005).

continua

#4 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.*	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** SCOPUS	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Programa de Intervenção de Gestão em Saúde aplicou um tratamento de Transição do Cuidado por três meses em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Acompanhamento por telefone e visita domiciliar durante 6 meses; ações para ajudar os pacientes a fortalecer suas habilidades de autogestão, como parar de fumar e beber, engajar-se no trabalho regular e descansar, consumir menos sal e óleo e fazer uma dieta mais leve e participar de exercícios aeróbicos. Comparados com os controles, os pacientes no grupo de intervenção demonstraram melhor adesão à medicação, adesão ao reexame, estilo de vida saudável e indicadores clínicos (todos P <0,05) e menores taxas de eventos cardiovasculares adversos e readmissão (todos P <0,05).
#5 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*.	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** Web Of Science	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Trata-se de um programa abrangente para ajudar os pacientes, seus familiares e/ou cuidadores no autogerenciamento de longo prazo, da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), após alta hospitalar. Foi realizado acompanhamento por 6 meses após a alta hospitalar; Apoio na transição para tentar garantir que os pacientes e cuidadores estivessem preparados para a alta e compreendessem o plano de cuidados pós-alta; Apoio individualizado de autocuidado da DPOC para ajudar os pacientes a tomar os medicamentos corretamente, reconhecer os sinais de exacerbações e seguir o plano de ação, praticar exercícios respiratórios. Este estudo não obteve êxito significativo na redução de taxas de retorno ao serviço de emergência ou readmissão hospitalar.

continuação

#6 FINLAYSON, K. *et al.*	*Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults.*	**Ano:** 2018 **Base de Dados:** Web Of Science	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Programa de Transição de Cuidado voltado para idosos fragilizados. Acompanhamento telefônico e domiciliar; educação para autogestão de cuidados necessários para DPOC. Os participantes estiveram significativamente menos propensos a ter uma readmissão não planejada 28 dias após a alta. Assim como uma menor probabilidade de ter uma readmissão não planejada nas 12 semanas após alta. Sobre a comparação entre os grupos intervenção e controle após 24 semanas, não houve diferenças significativas entre os grupos.
#7 BALLARD, J. *et al*.	*Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates.*	**Ano:** 2018 **Base de Dados:** Web Of Science	Coorte retrospectivo. **NE:** IV	Programa de Transição do Cuidado baseado na Atenção Primária. Por meio de: Educação da equipe profissional que proveria cuidados de TCM; Visita domiciliar com o apoio de um instrumento pré-visita de comunicações do paciente e do profissional provedor do TCM; Acompanhamento por telefone pós-alta; Comunicação com o paciente e gestão de cuidados. Os pacientes que receberam a intervenção total de TCM tiveram 86,6% de redução nas chances de readmissão se comparados aos pacientes que não receberam TCM (P <0,001).
#8 ROBERTSON, F. C. *et al.*	*Transitional care services: a quality and safety process improvement program in neurosurgery.*	**Ano:** 2018 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo unicêntrico quase experimental **NE:** IV	Programa de Transição do Cuidado para pacientes que passaram por neurocirurgia. Acompanhamento telefônico em até 48h após alta; Consultas de alta prolongada com uma enfermeira treinada em neurocirurgia; Educação do paciente sobre medicamentos, cuidados incisionais, nutrição, sinais que merecem retorno ao atendimento médico e consultas de acompanhamento. Este programa foi associado a um tempo de espera significativamente mais curto, alta mais precoce e redução da readmissão de 30 dias após a neurocirurgia eletiva.

continuação

#9 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*.	**Ano:** 2017 **Base de Dados:** SCOPUS	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Programa de apoio virtual de enfermagem a pacientes com riscos de readmissão. Os pacientes receberam planejamento de alta, reconciliação de medicamentos, treinamento sobre autogerenciamento de doenças crônicas com planos de ação padronizados e um plano de cuidados individualizado completo com instruções de alta por escrito, agendamento de consultas, mudanças de medicamentos e as informações de contato da enfermeira ambulatorial, antes da alta. Os pacientes do grupo de intervenção tiveram uma redução significativa no número de readmissões em 30 dias e no número de atendimentos no departamento de emergência em 30 dias, em comparação com aqueles que não receberam a intervenção.
#10 CENTENO, M. M.; KAHVECI, K. L.	*Transitional Care Models Preventing Readmissions for High-Risk Patient Populations*	**Ano:** 2014 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo observacional. **NE:** VI	Programa de Transição do Cuidado baseado em visitas domiciliares. Acompanhamento domiciliar; Monitoramento de sinais vitais via telefone; Monitoramento de mudanças nos sintomas e estado nutricional, medicação e adesão à dieta, e comportamentos para melhorar a gestão do autocuidado. O programa piloto reduziu as taxas de readmissão em 30 dias em 48%; no entanto, os custos do programa foram bem altos.
#11 NAYLOR, M. D. *et al*.	*Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial*	**Ano:** 2004 **Base de Dados:** SCOPUS	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Programa que estabelece cuidados de transição por um período de três meses após alta hospitalar. Orientação e treinamento de uma equipe multidisciplinar especialista em Insuficiência Cardíaca; Criação de um protocolo com foco único na gestão abrangente das necessidades e terapias associadas a um episódio agudo de insuficiência cardíaca; Disponibilização de acompanhamento telefônico. Em 52 semanas, os pacientes do grupo de intervenção tiveram menos readmissões e uma diminuição dos custos totais médios. Para os pacientes do grupo intervenção, apenas a curto prazo, foram demonstradas melhorias na qualidade de vida geral e satisfação com o cuidado recebido.

continuação

#12 ROBINSON, T. E. *et al.*	*Innovation and Translation Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults*.	**Ano:** 2015 **Base de Dados:** SCOPUS	Estudo coorte retrospectivo. **NE:** IV	Programa denominado Transição Integrada de Cuidados (ITC). Realização de triagem nutricional e, se necessário, encaminhamento para um dietista; revisão de saúde por uma equipe multidisciplinar; reconciliação de medicamentos de alta e educação do paciente por um farmacêutico. Não houve mudança nas taxas de readmissão ou atendimentos de emergência ou resultados secundários. Nem todos os pacientes receberam todos os componentes das ações. Esta intervenção de transição não foi bem-sucedida.
#13 WONG, F. K.; YEUNG, S. M.	*Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial.*	**Ano:** 2015 **Base de Dados:** SCOPUS	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Programa de Cuidados de Transição de 4 semanas, conduzido por enfermeiras. Com acompanhamento domiciliar; oferta de um programa de treinamento físico de rotina hospitalar que foi oferecido nas primeiras 3 semanas após a alta hospitalar; as intervenções foram baseadas no sistema Omaha. Houve diferenças significativas no grupo intervenção, principalmente na dimensão qualidade de vida, bem como maior satisfação, maiores escores do Índice de Barthel Modificado e menores escores de depressão, quando comparados com o grupo controle.

continuação

#14 BAECKER, A. *et al.*	*Evaluation of a Transitional Care Program After Hospitalization for Heart Failure in an Integrated Health Care System.*	**Ano:** 2020 **Base de Dados:** Web Of Science	Coorte retrospectiva. **NE:** IV	Programa de Cuidados de Transição multicomponentes para insuficiência cardíaca. Os pacientes receberam uma visita domiciliar de saúde ou acompanhamento telefônico (telefone) de uma enfermeira, dentro de 2 dias após a alta hospitalar; após 7 dias os pacientes receberam acompanhamento por um especialista em insuficiência cardíaca e um agendamento à consulta clínica com um médico ou enfermeira. Tanto a exposição a uma visita domiciliar de saúde dentro de 2 dias após a alta, quanto à chamada de telefone por um especialista, estiveram associados a menor taxa de readmissão hospitalar. A conclusão de uma visita clínica de 7 dias foi associada a uma taxa de readmissão mais baixa (HR, 0,88; IC de 95%, 0,81-0,94) em comparação com nenhuma visita clínica.
#15 LOW, L. L. *et al.*	*Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi experimental study.*	**Ano:** 2015 **Base de Dados:** SCOPUS	Estudo quase experimental. **NE:** IV	Programa de intervenção SGH (programa transitório de cuidados domiciliares). Otimização do ambiente doméstico; educação dos pacientes e cuidadores sobre autocuidado de doenças crônicas; Redução de conflitos de polifarmácia e medicamentos por meio da reconciliação medicamentosa e facilitação da adesão ao tratamento. Os pacientes inscritos no programa de cuidados domiciliares de transição tiveram uma utilização hospitalar aguda significativamente menor por meio da redução de atendimentos em prontos-socorros e internações hospitalares.

#16 Logue, M. D.; Drago, J.	*Evaluation of a modified community based care transitions model to reduce costs and improve outcomes.*	**Ano:** 2013 **Base de Dados:** SCOPUS	Estudo descritivo retrospectivo **NE:** VI	Programa de Transição do Cuidado baseado na comunidade. Realização de consultas de acompanhamento agendada após alta hospitalar; Reconciliação de medicação; Educação sobre medicação; plano de cuidados individualizado. Este programa elevou os níveis de satisfação do paciente com o programa de transição de cuidados e a confiança dos participantes com o autocuidado melhorou significativamente. Além disso, o programa demonstrou uma redução de 73% nas readmissões e uma economia real de custos do Medicare durante o período de estudo de 9 meses.
#17 KIND, A. J. *et al*.	*Low-Cost Transitional Care With Nurse Managers Making Mostly Phone Contact With Patients Cut Rehospitalization At A VA Hospital.*	**Ano:** 2012 **Base de Dados:** SCOPUS	Coorte prospectivo **NE:** IV	Programa do Cuidado de Transição Coordenada (C-TraC). Realizado supervisão de medicações e acompanhamento telefônico. Os pacientes que receberam o protocolo C-TraC experimentaram um terço a menos de reinternações do que aqueles em um grupo de comparação, produzindo uma economia por paciente.
#18 DALEY, C. M.	*A Hybrid Transitional Care Program.*	**Ano:** 2010 **Base de Dados:** SCOPUS	Caso-controle **NE:** IV	Programa de Transição de Cuidados voltado para pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC). Realizado atendimento domiciliar; visitas de enfermagem; monitoramento de telessaúde; orientação nutricional. Este programa reduziu a taxa de readmissão de 30 dias para o grupo de estudo em 15%, com uma taxa esperada de 20%. A taxa de mortalidade observada foi de 2% para o grupo de estudo com uma taxa esperada de 7%.

continuação

#19 WARREN, C.; LEMIEUX, A. A.; PHOENIX, B. N.	*Excellence in Population Health. A Successful Community-Based Care Transitions Program Model.*	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo Coorte retrospectivo. **NE:** IV	Programa de Transição de Cuidados de Base Comunitária (CCTP). Realizadas visita domiciliar; assistência de farmacêuticos na gestão para identificar qualquer medicamento relacionado a problemas que podem levar à readmissão; acompanhamento telefônico. A partir dessa ação, a taxa de readmissão hospitalar diminuiu para 12,5%.
#20 ABOUMATAR, H. *et al.*	RETRATADO: *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*.	**Ano:** 2018 **Base de Dados:** Web Of Science	Ensaio clínico randomizado. **NE:** II	Trata-se de um programa abrangente de 3 meses para ajudar os pacientes, seus familiares e/ou cuidadores no autogerenciamento de longo prazo da DPOC. Foi realizado acompanhamento por 3 meses após a alta hospitalar; suporte de transição de 30 dias por uma equipe de enfermagem responsável por assegurar cuidados usuais. Este programa de 3 meses que combinou transição e suporte de autogerenciamento de longo prazo resultou em significativamente menos hospitalizações relacionadas à DPOC e visitas ao departamento de emergência e melhor qualidade de vida relacionada à saúde, 6 meses após alta hospitalar.

continuação

#21 TAKAHASHI, P. Y. *et al*.	*Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population.*	**Ano:** 2016 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo Coorte **NE:** IV	Programa de Transição de Cuidados da Clínica Mayo (MCCT). Foi realizada visita ao paciente em casa dentro de 1-5 dias úteis após a alta hospitalar; houve reconciliação de medicamentos, gerenciamento de doenças crônicas, avaliação de doenças agudas, educação do paciente sobre autocuidado; o programa também revisou a mobilidade do paciente, segurança, cognição e suporte do cuidador. Foi observada uma redução nas taxas de reinternação, em 30 dias, entre aqueles inscritos em transições de cuidados em comparação com os referentes. No entanto, este efeito não foi observado em 180 dias.
#22 DONAHO, E. K. *et al.*	*Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to Reduce Hospital Readmissions in Heart Failure.*	**Ano:** 2015 **Base de Dados:** Web Of Science	Coorte retrospectivo **NE:** IV	Programa de Cuidados de Transição que forneceu visitas de acompanhamento em 1 semana e 4 a 6 semanas após a alta hospitalar. Foram prestadas avaliações clínicas fornecidas por uma enfermeira especializada em IC e um farmacêutico clínico; essas avaliações incluíram exame físico, avaliação laboratorial, educação médica e reconciliação medicamentosa, ajuste e titulação de medicamentos e coordenação de cuidados. Os participantes do programa mostraram uma redução de 44,3% nas taxas de readmissão em 30 dias, em comparação com as taxas médias de readmissão em 30 dias do hospital.
#23 WEE, S. L. *et al*.	*Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use.*	**Ano:** 2014 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo Coorte **NE:** IV	Programa ACTION. Realizado acompanhamento domiciliar; *Coaching* destinado a ajudar indivíduos e suas famílias a compreender a condição do indivíduo, articular de forma eficaz suas preferências, permitir a autogestão e o planejamento do cuidado. Os participantes do programa ACTION tiveram menos reinternações não planejadas e visitas ao pronto-socorro, após a alta.

continuação

#24 SHU, C. C. et al.	*Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study.*	**Ano:** 2011 **Base de Dados:** Web Of Science	Estudo-controle quase experimental **NE:** IV	Programa de melhoria da qualidade e de cuidados integrados de transição pós-alta (PDTC). Utilizou cuidados específicos para doenças; monitoramento por telefone; aconselhamento por linha direta e uma clínica de acompanhamento pós alta hospitalar. Os pacientes que receberam PDTC tiveram taxas mais baixas de readmissão e morte do que o grupo controle dentro de 30 dias após a alta (15% vs. 25%; P = 0,021).
#25 STAUFFER, B. D. *et al*	*Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program for Heart Failure.*	**Ano:** 2011 **Base de Dados:** Web Of Science	Ensaio Clínico Randomizado **NE:** II	Programa de Cuidados Transitórios de prática avançada liderado por enfermeiras para pacientes com insuficiência cardíaca. Realizada visita domiciliar em até 72 horas após alta hospitalar; definição de metas para pacientes e cuidadores, explorando a natureza, duração e gravidade da IC e comorbidades; foram revisados comportamentos gerais de saúde e habilidades, além de identificar a disponibilidade de apoio social; Acompanhamento por telefone por 7 dias após alta; educação do paciente e família. A intervenção reduziu significativamente as taxas ajustadas de readmissão de 30 dias ao Hospital em 48% durante o período pós-intervenção. No entanto, a intervenção teve pouco efeito sobre o tempo de internação ou os custos diretos totais de 60 dias.
#26 HUCKFELDT, P. J. *et al.*	*Evaluation of a Multicomponent Care Transitions Program for High-Risk Hospitalized Older Adults.*	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** Embase	Caso controle quase experimental **NE:** IV	Programa de melhoria de qualidade com pré-intervenção de propensão combinada e grupos de comparação simultâneos ao longo de um período de 12 meses. Realizado acompanhamento domiciliar; auxílio na autogestão de medicamentos; avaliação de cognição, nutrição e mobilidade física. Esta intervenção não foi eficaz na redução de reinternações de 30 ou 7 dias, tampouco quanto à taxa de visitas de retorno ao serviço de emergência.

continuação

#27 MURPHY, J. A. *et al*.	*Implementation of a Cardiac Transitions of Care Pilot Program: A Prospective Study of Inpatient and Outpatient Clinical Pharmacy Services for Patients With Heart Failure Exacerbation or Acute Myocardial Infarction.*	**Ano:** 2019 **Base de Dados:** Embase	Estudo Coorte Prospectivo **NE:** IV	Programa "high-touch" de acompanhamento pós alta hospitalar. Os pacientes foram instruídos durante a internação e acompanhados ambulatorialmente por meio de contato telefônico e agendamento de consulta de gerenciamento de terapia medicamentosa com farmacêutico. As taxas de readmissão, em 30 dias, não foram estatisticamente significativas quando comparadas às taxas de readmissão institucionais históricas antes do início do estudo.
#28 HEIM, N. *et al.*	*The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation.*	**Ano:** 2016 **Base de Dados:** Embase	Caso-controle quase experimental **NE:** IV	Programa de Cuidados de Transição para melhorar os resultados de pacientes idosos frágeis, após alta hospitalar. Equipes de consulta geriátrica foram instaladas para acompanhar os resultados da triagem e avaliar a necessidade de cuidados individualizados; A equipe de enfermagem e médica foi educada sobre fragilidade em pacientes mais velhos; Reuniões multidisciplinares foram realizadas semanalmente focando em melhorar/ preservar o funcionamento do programa. Em pacientes frágeis, a incidência de resultados adversos diminuiu de 49,2% (149/303) na amostra pré-programa para 35,5% (130/366) na amostra pós-programa.
#29 LI, J. M. *et al.*	*Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.*	**Ano:** 2014 **Base de Dados:** Embase	Caso-controle quase experimental **NE:** IV	Programa de três meses voltado para a reabilitação de pacientes que receberam alta hospitalar. O conjunto de cuidados fornecidos aos pacientes em casa incluía fisioterapia respiratória, exercícios de reabilitação, oxigenoterapia domiciliar, apoio nutricional e apoio psicológico. O programa melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC que sofreram recentemente uma agudização.

continuação

#30 NAYLOR, M. D. *et al.*	*High-value transitional care: translation of research into practic.*	**Ano:** 2013 **Base de Dados:** Embase	Estudo prospectivo quase experimental **NE:** IV	Programa Modelo de Tratamento Transicional. Realizadas visitas domiciliares juntamente com suporte telefônico contínuo (7 dias por semana) por uma média de 2 meses após alta hospitalar. Plano de cuidados com foco abrangente nas necessidades de cada paciente, incluindo a razão para a hospitalização primária, bem como saúde coexistente condições e riscos; Envolvimento ativo dos pacientes e seus cuidadores familiares com foco na educação e suporte. Os resultados demonstram que um modelo rigorosamente testado de cuidado transicional para idosos com doenças crônicas pode ser traduzido com sucesso. Demonstrando, principalmente, redução de custos para o serviço de saúde.
#31 WONG, F. K. *et al*.	*Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial.*	**Ano:** 2016 **Base de Dados:** Medline	Ensaio clínico randomizado **NE:** II	Modelo de Transição de Cuidados para pacientes em estado terminal. As ações consistiram em visitas domiciliares semanais e ligações telefônicas nas primeiras 4 semanas, seguido de acompanhamento mensal, fornecido por uma enfermeira responsável pelo caso, com apoio de uma equipe multidisciplinar. O grupo de intervenção teve uma taxa de readmissão hospitalar significativamente menor do que o grupo de controle em 12 semanas (intervenção 33,6% *versus* controle 61,0%).
#32 WONG, A. K. C. *et al.*	*Effectiveness of a health-social partnership program for discharged non-frail older adults: a pilot study.*	**Ano:** 2020 **Base de Dados:** Medline	Ensaio clínico randomizado **NE:** II	Programa de Transição de Cuidados para idosos não frágeis que receberam alta hospitalar. O grupo de intervenção recebeu intervenções complexas de 12 semanas que incluíram avaliação estruturada, educação em saúde, capacitação de metas e coordenação de cuidados com o apoio de uma equipe social de saúde. Nenhuma diferença significativa foi encontrada no grupo intervenção em comparação com o grupo controle.

continuação

#33 DENG, A.; YANG, S.; XIONG, R.	*Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: arandomized controlled trial*.	**Ano:** 2020 **Base de Dados:** Medline	Ensaio clínico randomizado **NE:** II	Programa de Transição de Cuidados para pacientes que sofreram de Acedente Vascular Cerebral (AVC). Implementaram-se visitas domiciliares; reabilitação de AVC realizada por terapeutas de reabilitação; conciliação de medicamentos realizada por médicos clínico geral e enfermeiras; educação de autogestão em relação ao risco e fatores de controle e sinais de alerta de AVC. Houve melhora significativa dos indicadores físicos e mentais dos pacientes que estiveram no grupo intervenção.
#34 MORRISON, J.; PALUMBO, M. V.; RAMBUR, B.	*Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care.*	**Ano:** 2016 **Base de Dados:** Medline	Coorte Retrospectiva **NE:** IV	Um programa foi desenvolvido por especialistas em enfermagem clínica (Programa de Especialista em Enfermagem Clínica), e o outro foi produzido por médicos especializados em cuidados paliativos (PPCs). O CNS promoveu visitas que começaram no hospital, o primeiro dia de hospitalização, se possível, e continuou diariamente até a alta. Após alta, houve uma visita domiciliar que ocorreu entre 24 e 48 horas. Metas foram criadas bem como um plano de cuidados. As ações incluíram reconciliação de medicamentos, revisão das instruções de alta, educação para autogestão, alimentação e transporte. No PPC, as ações incluíram o tratamento de doenças agudas, gestão de doenças, gestão de sintomas, gestão de medicações, segurança doméstica, esclarecimento de metas, planejamento de cuidados e encaminhamentos para um nível superior de atenção, caso necessário. Ambos os programas de transição tiveram valor na redução das reinternações. Os pacientes na intervenção do Programa de Especialista em Enfermagem Clínica tiveram significativamente menos hospitalizações ($p < 0,005$) nos 4 meses após a intervenção. Os pacientes no programa de PPC tiveram uma redução significativa nas hospitalizações pós-intervenção ($p = 0,03$).

continuação

#35 LOVELACE, D. *et al*.	*A Patient-Centered Transitional Care Case Management Program. Taking Case Management to the Streets and Beyond.*	**Ano:** 2016 **Base de Dados:** Medline	Coorte Retrospectiva **NE:** IV	Programa McGuire VAMC TCP foi implementado para melhorar a coordenação e os resultados do atendimento entre os veteranos, com ênfase em pacientes geriátricos com doenças crônicas. Colaboração com a equipe de internação para reduzir erros no processo de planejamento de alta; reconciliação de medicação intensiva e educação do paciente e da família antes da alta, a fim de ajudar a prevenir erros de medicação em casa; visitas domiciliares semanais ou acompanhamento telefônico após a alta hospitalar, uma vez por semana, durante 29 dias. Os pacientes que obtiveram serviços do Programa de Cuidados Transitórios (PCT) nos anos fiscais de 2013 e 2014, experimentaram uma redução de 67% nas admissões hospitalares e uma redução de 61% nas visitas ao pronto-socorro, nos 90 dias após a participação deste programa.
#36 ISELER, J.; FOX, J.; WIERENGA, K.	*Performance Improvement to Decrease Readmission Rates for Patients With a Left Ventricular Assist Device*.	**Ano:** 2018 **Base de Dados:** Medline	Estudo descritivo **NE:** VI	Programa Assistência de Dispositivo Ventricular Esquerdo (ADVE) Realizada visita domiciliar inicial, dentro de 24 horas após a alta; avaliação do ambiente e criação de um plano individualizado para o desenvolvimento ou melhoria das habilidades de autogestão; visitas domiciliares ou acompanhamento por telefone, semanalmente, por até 8 semanas. A taxa de readmissão de 30 dias, durante o piloto foi de 14,3%, em comparação com a taxa geral anual anterior de 42,6%.

continuação

#37 ORNSTEIN, K. *et al*.	*To the Hospital and Back Home Again: A Nurse Practitioner-Based Transitional Care Program for Hospitalized Homebound People.*	**Ano:** 2011 **Base de Dados:** Medline	Estudo descritivo **NE:** VI	Programa MSVD de assistência à Transição do Cuidado em idosos após hospitalização. Realizadas estratégias de comunicação, como preparação de pacientes e cuidadores para transições de cuidado, reconciliando medicamentos, dando instruções sobre os sintomas e sinais de agravamento da condição e fornecendo planos de acompanhamento claros para testes e consultas. A intervenção falhou em diminuir o tempo de internação hospitalar e a taxa de readmissão hospitalar para as pessoas que foram hospitalizadas e receberam alta.

conclusão

Diante de uma busca rigorosa nas bases de dados citadas acima, e após análise dos estudos eleitos, foi possível observar que há evidências 2 e 4 sobre a eficácia de programas de Transição do Cuidado de idosos que receberam alta hospitalar, que reduziram as taxas de readmissão e melhoraram a qualidade de vida após internação. As principais intervenções observadas nesses estudos foram: educação do paciente, familiar e/ou cuidador, ainda em ambiente hospitalar; acompanhamento telefônico e domiciliar após alta; supervisão de medicações e planos terapêuticos individuais que visem a reabilitação nutricional, física e cognitiva.

Em vista disso, para guiar a análise e discussão dos resultados encontrados de programas de TC, nos estudos eleitos, foram utilizados os quatro pilares de Colemam (2006): autogestão de medicação; registro dinâmico das condições de saúde; garantia do agendamento de consulta com médico especialista ou médico da Atenção Primária à Saúde (APS); conhecimento do paciente dos sinais de piora ou mudanças no curso da doença.

Alguns artigos abordaram a “autogestão de medicamentos”, como os seguintes estudos: O **#2** apresentou as intervenções medicamentosas mais comuns realizadas pelos médicos, como: adição de medicação, titulação da dose, descontinuidade do tratamento e prevenção de duplicação de dose; o **#10** trouxe que o farmacêutico, na Transição do Cuidado, desempenha um papel significativo na gestão do processo de reconciliação de medicamentos para reduzir erros, reconhecer a interação entre drogas, identificar a polifarmácia e avaliar a eficácia e custo-efetividade dos medicamentos. Além de treinar os pacientes, familiares e/ou cuidadores sobre o uso seguro dos medicamentos e a sua importância; o **#12** apresentou que 59% dos participantes do estudo foram acompanhados pelo serviço de alta da farmácia, em que foram realizadas 79% reconciliações de medicamentos e 73% de aconselhamento; os #**16** e **#17** apontaram que há discrepância medicamentosa de 2,1 e 2 (intervalo de 1 a 10), respectivamente, por paciente. O **#19** apresentou que a figura do farmacêutico nas visitas domiciliares, acompanhado de outro profissional de saúde, permitiu o encaminhamento de quaisquer questões relacionadas à terapêutica medicamentosa. Além disso, visitas domiciliares com o apoio do farmacêutico estiveram relacionadas à queda na taxa de readmissão de 30 dias, o que também foi apresentado no estudo **#17,** os pacientes do grupo que não receberam as

intervenções tiveram taxas um pouco maiores de hospitalização do que os pacientes que receberam; o **#22** apresentou que o erro mais frequente é de dosagem, seguido da omissão.

Nenhum dos artigos selecionados discorrera acerca do “registro dinâmico das condições de saúde”.

Sobre “garantia do agendamento de consulta com médico especialista ou médico da Atenção Primária à Saúde”, o estudo **#4** abordou que, após a alta, dois métodos de acompanhamento foram adotados: telefonema e visita domiciliar. Foi realizado o acompanhamento por telefone, uma vez ao dia, revelando que houve uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de intervenção e o grupo controle em termos de adesão ao tratamento ($P < 0,05$).

O **#10** mostra que, além da vigilância, a enfermeira avalia, encaminha e consulta os demais membros da equipe para obter a intervenção que melhor atenda às necessidades do paciente, que são identificados e estratificados pelo sistema de saúde em 3 níveis (alto risco, os pacientes recebem visitas em casa e Tel-Assurance; pacientes de risco moderado recebem Tel-Assurance com roteiro, protocolo e ligações em 3, 7,21 dias ou conforme a necessidade, e aos pacientes de baixo risco são oferecidos Tel-Assurance). O **#12** apresentou que o acompanhamento de 65% dos pacientes por parte do enfermeiro, via telefone, identificou necessidades como: assistência com medicação, autocuidado e problemas de saúde física ou mental, 16% desses pacientes necessitaram de encaminhamento para outro serviço.

Ao longo do tempo do Programa de Transição Integrada de Cuidados (ITC), houve uma melhora significativa no processo de alta, com reduções nos problemas identificados pela enfermeira e pelo paciente; no **#15,** 59,1% dos pacientes tiveram pelo menos três visitas domiciliares durante o período do Programa de Cuidados Domiciliares Transitório. Na alta do Programa, cerca de 26,5% dos pacientes foram encaminhados para ambulatório especializado, porque a complexidade estava além dos cuidados primários disponíveis, 23% dos pacientes foram transferidos para prestadores de cuidados médicos domiciliares na comunidade, a longo prazo; o **#22** apresentou que a intervenção mais frequente foi promover o acompanhamento médico necessário, em que a enfermeira fornecia coordenação especializada de serviços adicionais. Em 30% das visitas foi necessário o início ou a expansão dos serviços de saúde ao domicílio, bem como no estudo **#26**, em que foi estabelecido um programa com pelo menos uma visita de apoio pré-alta e pós-alta hospitalar.

Acerca do “conhecimento do usuário dos sinais de piora ou mudanças no curso da doença”, o estudo **#8** trouxe uma diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo controle. Antes da cirurgia, 72,2% dos pacientes do primeiro grupo concordaram ou concordaram fortemente em ter uma compreensão do processo de alta, comparado com 69,2% dos pacientes controle (p = 0,04). Um padrão similar foi obtido para a compreensão dos pacientes, relativo a sua condição médica, sendo que 90% dos pacientes do grupo de intervenção sentiram-se confortáveis com os cuidados pós-operatórios e planos de acompanhamento, contra 60% dos pacientes do grupo controle.

Esse mesmo estudo aborda que o Programa de Cuidados Transitórios foi associado às probabilidades menores de readmissão hospitalar, e resulta em menor tempo de permanência na internação; o **#10** apontou que as intervenções psicossociais ou para evitar o acesso inadequado aos serviços comunitários, como transporte, serviços de apoio social, entre outros, em idosos, em risco, podem impactar na adesão ao plano de cuidados e reduzir a probabilidade de eventos adversos. O estudo **#4** relata que cada paciente recebeu um documento de gerenciamento de saúde, um esboço de intervenção personalizado e um cronograma de acompanhamento, incluindo a avaliação das necessidades de aprendizagem do paciente, enfatizando a importância de manter um bom estilo de vida que ajuda os pacientes a fortalecer suas habilidades de autogestão, como parar de fumar e beber, engajar-se no trabalho, descansar, consumir menos sal e óleo, comer uma dieta mais leve e praticar exercícios.

Frente ao conhecimento evidenciado na revisão da literatura, foi possível observar que, um Programa de Transição de Cuidados para idosos, se estrategicamente elaborado, com intervenções eficazes, pode incidir na redução das taxas de readmissão hospitalar, assim como em melhorias de aspectos físicos, nutricionais e cognitivos de pacientes idosos. Para tanto, faz-se necessário a integração multidisciplinar dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção, pelo qual o paciente percorre, desde a internação hospitalar até sua transição para casa.

Os enfermeiros são reconhecidos como coordenadores do cuidado e responsáveis pela garantia de transições seguras e efetivas. Portanto, estudos que analisem, na perspectiva do idoso, familiares e/ou cuidadores, o processo de transição do cuidado do hospital para a casa, podem auxiliar na elaboração de estratégias para

modificar práticas e tomada de decisões, contribuindo para o desenvolvimento e implementação de transições do cuidado mais qualificadas (ACOSTA, 2016; FUJI; ABOTT; NORRIS, 2013; DUSEK, *et al*., 2015).

Diante do exposto, este estudo pode ser importante para a área da saúde pública e enfermagem, pois possibilitou elaborar as seguintes perguntas investigativas, a saber:

Em que medida ocorre a Transição do Cuidado do hospital para a casa, na visão dos idosos, familiares e/ou cuidadores?

Há relação entre a Transição do Cuidado e as variáveis independentes (participante, sexo, idade, município de residência, número de pessoas que moram na casa, estado civil, escolaridade, ocupação, medicamentos utilizados para o tratamento, diagnóstico de alta (CID 10), comorbidades associadas e duração da última internação)?

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar o perfil sociodemográfico e características clínicas dos idosos que tiveram alta do hospital para casa;

2. Mensurar a qualidade da Transição do Cuidado do hospital para casa, na perspectiva dos idosos, familiares e/ou cuidadores;

3. Verificar a relação entre a variável dependente Transição do Cuidado (*Care Transitions Measure-15*) e as variáveis independentes (participante, sexo, idade, município de residência, número de pessoas que moram na casa, estado civil, escolaridade, ocupação, medicamentos utilizados para o tratamento, diagnóstico de alta (CID-10), comorbidades associadas e duração da última internação).

4. MÉTODO

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Nos estudos transversais, todas as medições são feitas em um único momento, sem período de seguimento, logo, apresentam-se como uma fotografia ou recorte instantâneo, que se faz em uma população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença) (HULLEY *et al.,* 2015). Estudos transversais possuem como principais vantagens: o fato de serem de baixo custo, duração relativamente curta e por praticamente não haver perdas de seguimento. Também apresentam uma logística definida e a capacidade de inferência para uma população definida (tempo e espaço) (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em Piracicaba, município do interior do Estado de São Paulo, que pertence à Mesorregião e Microrregião de Piracicaba (RM), localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 164 km. Ocupa uma área de 1. 376,913 km², sendo que 31,5733 km² estão em perímetro urbano e os 1. 345,339 km² restantes constituem a zona rural. O município de Piracicaba conta com 53 Programas Saúde da Família (PSF), 9 Centros de Referência em Atenção Básica (CRAB), 12 Unidades Básica de Saúde (UBS), 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 Centro de Ortopedia e Traumatologia (COT), 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 1 Serviço de Urgência Bucal (SUB), 1 Ambulatório de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 1 Residência Terapêutica.

O município é sede do Hospital Regional de Piracicaba – Drª. Zilda Arns (HRP), o qual constituiu cenário da pesquisa. Inaugurado no dia 16 de março de 2018, para atender a população residente na área de abrangência do DRS X - Piracicaba da RRAS 14. Possui uma extensão territorial de 8.548,47 km2, com um total de 1.513.141 habitantes (SEADE, 2021), sendo que 15,4% da população tem idade igual ou acima

de 60 anos. Este território é constituído por 26 municípios, conforme apresentado no mapa a seguir:

Figura 2 - Área de abrangência do Departamento Regional de Saúde X “Dr. Laury Cullen” – Piracicaba (DRS X – Piracicaba).

Fonte: Censo IBGE, 2010.

O HRP é gerenciado por um Contrato de Gestão estabelecido entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por meio de uma interveniência administrativa intitulada como Fundação da Área da Saúde de Campinas (FASCAMP).

O HRP 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 e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) (PREFEITURA DE PIRACICABA, 2017).

A planta física do hospital conta com 84 leitos de enfermarias, sendo estes 42 de leitos de clínica médica e 42 de clínica cirúrgica, 20 leitos de UTI, 28 leitos de Semi-Intensivo, somando um total de 132 leitos de internação. Também apresenta 11 Salas Cirúrgicas, sendo que 8 estão localizadas no Centro Cirúrgico Central e 3 no Centro Cirúrgico Hospital Dia. Este hospital também 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 29.294 atendimentos. Em 2019, essa capacidade foi mantida de acordo com o plano de trabalho estabelecido junto à

Secretaria de Estado de Saúde (SES). A produção neste ano foi de 49.222 atendimentos.

No ano de 2020, com a ascensão da pandemia da COVID-19 na região, o hospital foi nomeado como uma das referências do interior do estado, para a COVID-19, 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 Corona vírus. 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 neste ano foi de 36.197 atendimentos.

Atualmente, a linha clínica do hospital tem se configurado para o atendimento de uma população idosa. No período de fevereiro a junho de 2019, 50% das internações clínicas foram de pessoas com 60 anos ou mais (variação de 60 a 101 anos de idade), com doenças crônicas e cuidados paliativos (SÃO PAULO, 2019).

O HRP vem se configurando, ao longo dos três anos de existência, como uma importante referência para atendimento da população adulta com agravamentos de doenças, que necessitam 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 de referência, 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 visto, a escolha do local de estudo justifica-se pelo fato de que este hospital, ao seguir a lógica da integralidade da assistência prevista pelo SUS, é cenário com forte potencial para o desenvolvimento de pesquisas que avaliem aspectos relacionados às potencialidades e fragilidades da Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo idosos, com 60 anos ou mais (BRASIL, 2013), que receberam alta das unidades de internação de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, e Unidade Semi-Intensiva, selecionados após a alta do HRP.

O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Simples, cuja fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z^2_{\alpha/2} N * Vsq}{\varepsilon^2 (N-1) + z^2_{\alpha/2} Vsq} \qquad (1)$$

Observa-se que $Vsq = \left(\frac{\sigma}{\mu}\right)^2$ representa a razão entre o Desvio Padrão (σ) e a média (μ) do Escore Global da Escala de Transição do Cuidado (CTM-15 Brasil), Na população total do estudo, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo de amostragem.

Se o tamanho amostral calculado pela expressão dado em (1) for maior do que 10% da população, o seguinte procedimento de correção finita é adotado.

$$nc = \frac{n}{\left(1 + \frac{n}{N}\right)} \qquad (2)$$

N é o tamanho total da população de estudo e n é o valor obtido em (1).

Os valores de média (μ = 69.5) e Desvio Padrão (σ = 19.7) do Escore Global da Escala de Transição do Cuidado (CTM-15 Brasil) utilizados para o cálculo amostral, foram adotados a partir do estudo de Acosta (2016).

Adotando-se também os parâmetros de erro relativo de 5%, nível de significância de 5% (α = 0.05) e o número total (N) de transferências de 1166 (dados de janeiro a outubro de 2019), o tamanho amostral requerido após os passos (1) e (2) foi de n = 145. O programa adotado para o cálculo amostral foi o R (R Core Team, 2019) versão 3.6.1 (www.r-project.org.br).

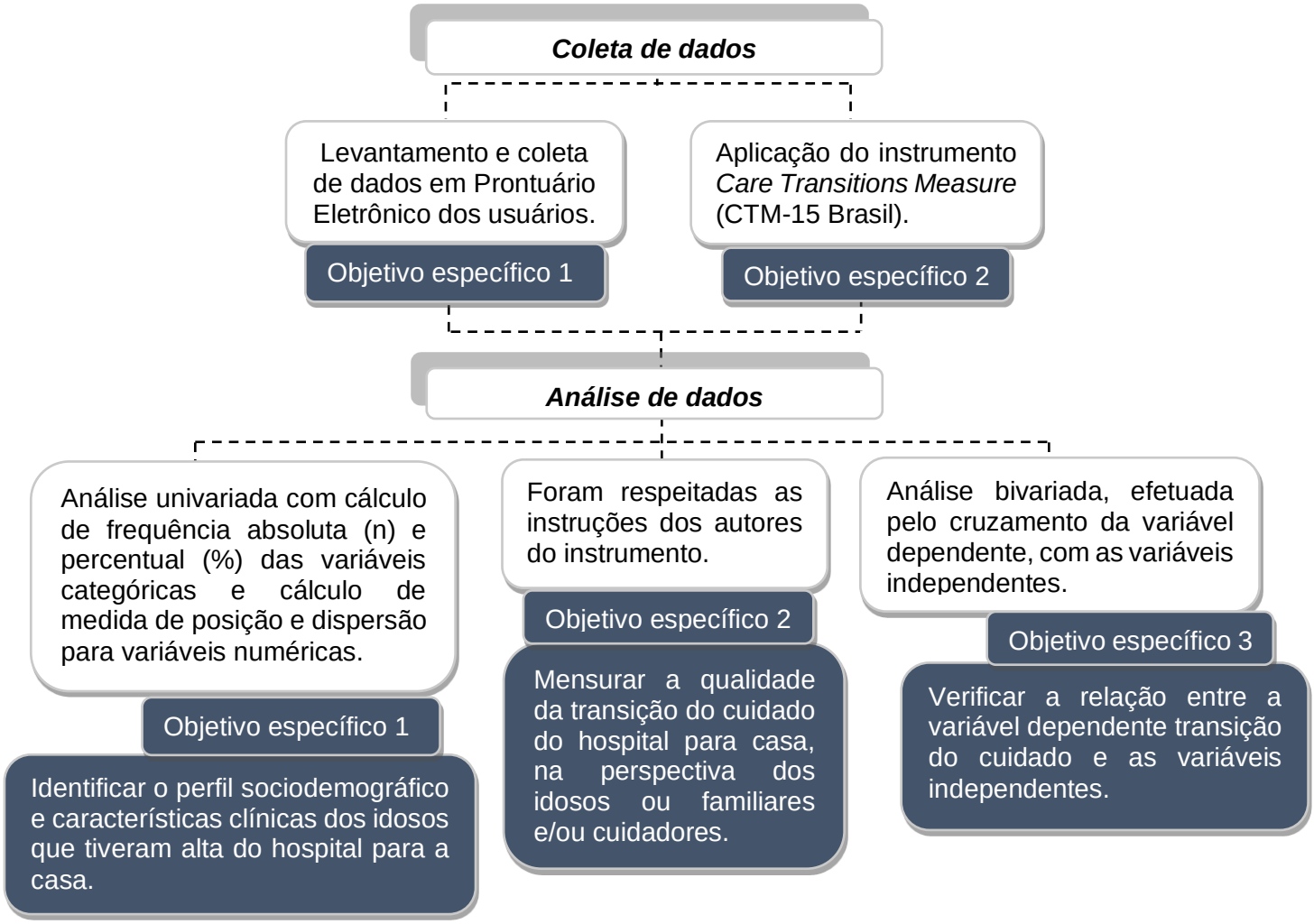
Foram incluídos os idosos que permaneceram internados por, pelo menos, 24 horas, período mínimo, considerado para caracterizar uma internação no serviço, entendendo que aqueles que permanecem por período de tempo inferior não teriam contato suficiente com os profissionais de saúde, principalmente, com a enfermagem, impossibilitando assim, avaliar a TC (*THE CARE TRANSITIONS PROGRAM*, 2014). Excluíram-se os idosos que foram transferidos para outro hospital ou foram a óbito, após a alta.

Caso o idoso não tivesse condições para responder o instrumento, os familiares e/ou cuidadores que acompanharam as orientações sobre os cuidados fornecidas durante o período de internação e alta hospitalar e realizam a gestão do cuidado do idoso puderam responder, conforme descrito em estudos que aplicaram o CTM (ACOSTA, 2016). A opção pelos participantes idosos, familiares e/ou cuidadores justifica-se ao considerar que, muitos desses idosos necessitam de auxílio para os cuidados no ambiente domiciliar (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2018).

4.4 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para atender aos objetivos propostos, a Figura 3 apresenta a síntese esquemática de coleta e análise de dados da pesquisa.

Figura 3 - Síntese esquemática de coleta e análise de dados da pesquisa.



Fonte: Construção da autora, 2021.

Para alcançar o objetivo específico 1 “Identificar o perfil sociodemográfico e características clínicas dos idosos que tiveram alta do hospital para a casa”, foi solicitado à Coordenação de Gestão do Hospital, os relatórios semanais de alta de usuários idosos, internados com tempo maior de 24 horas, com a finalidade de identificar os potenciais participantes para o estudo.

Dessa forma, foi realizada a busca, pela equipe do hospital, no prontuário eletrônico implantado no HRP, de idosos que receberam alta no período de 20 de janeiro a 03 de julho de 2020 e os dados foram enviados para a pesquisadora. Os prontuários contemplam dados sociodemográficos (sexo, idade, município de residência, estado civil, escolaridade) e clínicos (diagnóstico de alta (CID-10), medicamentos utilizados para o tratamento, comorbidades associadas e duração da última internação). Estas informações foram obtidas nos prontuários eletrônicos destes pacientes, dispostos no sistema *on-line* do hospital e transcritas, pela pesquisadora, para a Ficha de Identificação e Caracterização do participante (APÊNDICE A) desenvolvida para este estudo. Quando necessário, outras informações foram contempladas durante a ligação telefônica, como o número de pessoas que moram na casa e ocupação.

Os dados contemplados nas Fichas de Identificação referentes à caracterização dos pacientes, foram transpostos para planilha no programa *Microsoft Office Excel* 2016, passando por dupla digitação independente, a fim de minimizar erros sistemáticos.

No plano analítico, procedeu-se à análise univariada com cálculo de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medida de posição e dispersão para variáveis numéricas.

Para contemplar o objetivo específico 2, "Mensurar a qualidade da transição do cuidado do hospital para casa, na perspectiva dos idosos ou familiares e/ou cuidadores", foi aplicado a versão adaptada para o contexto brasileiro do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil) (ANEXO 1).

Para uso no Brasil, houve uma adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do CTM-15, desenvolvida pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ACOSTA, 2017). Ressalta-se que foi encaminhada uma solicitação formal para as pesquisadoras que validaram este instrumento, no Brasil, para utilização no projeto “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de

Atenção à Saúde.” do qual este estudo faz parte, com resposta favorável para utilização do instrumento (APÊNDICE B).

O CTM-15 foi desenvolvido por Coleman e colaboradores, em 2002, nos Estados Unidos, e tem como propósito mensurar a TC de serviços hospitalares para a casa, considerando-se a perspectiva dos usuários (COLEMAN, *et al*., 2002). O instrumento tem sido utilizado em serviços de saúde de diversos países e tem se mostrado confiável, preciso e válido (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009).

O CTM-15 é composto por 15 afirmações, construído sob quatro domínios considerados essenciais para mensurar a Transição do Cuidado: transferência de informação; preparação do paciente, familiar e/ou cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências. O CTM-15 contém uma escala Likert, com cinco opções de respostas, que variam desde “concordo muito” a “discordo muito”, com uma alternativa neutra. Dessa forma, quanto maior a pontuação, melhor será a transição (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009).

Some-se a isso, que a aplicação do instrumento foi realizada em um período de uma até quatro semanas após a alta do paciente, entre os meses de fevereiro a julho de 2020, conforme recomendação dos autores que desenvolveram o instrumento (COLEMAN *et al.,* 2002). O contato foi realizado, pela pesquisadora, por meio de telefone, uma vez que a versão original do CTM-15 foi desenvolvida para ser aplicada deste modo, considerando que os participantes já haviam recebido alta hospitalar quando contatados (COLEMAN *et al*., 2002). O tempo de duração das entrevistas com este instrumento foi de, aproximadamente, 20 minutos.

As ligações telefônicas foram gravadas, com a permissão dos idosos, familiares e/ou cuidadores, por meio do Consentimento Verbal do Participante, obtido no momento do contato telefônico, após leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e de uma carta de apresentação (APÊNDICE D).

Esta carta contém informações referentes ao objetivo, justificativas e finalidades da pesquisa, como também a garantia da voluntariedade, de forma que o consentimento para participar da pesquisa será tácito. No consentimento tácito, a pesquisadora informa todos os procedimentos, riscos, benefícios e direitos envolvidos na pesquisa, mas sem coleta da assinatura do participante da pesquisa (FERNANDES *et al*., 2010).

Durante os telefonemas, a pesquisadora preencheu o CTM-15 Brasil, conforme as respostas fornecidas pelos idosos, familiares e/ou cuidadores, os quais foram classificados por códigos, para manter o anonimato dos participantes. Ao final das ligações, os registros foram transferidos para o banco de dados.

Para o cálculo da pontuação do CTM-15 Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento, de forma que cada item recebeu uma pontuação a partir da resposta do participante, em que as alternativas pontuaram da seguinte forma: “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos e “Concordo totalmente” = 4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebeu pontuação, pois não foi incluída no cálculo do escore final, porém, foi codificada diferencialmente para poder verificar a porcentagem desta resposta nos itens do instrumento. Foi calculada a média simples de cada item, bem como a média da escala total e por fator do CTM-15 Brasil, transformando as médias obtidas em escores de 0 a 100, sendo o escore de cada indivíduo EC = [E/3]*100, em que E é o escore original do indivíduo e EC é o escore padronizado (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2009; COLEMAN *et al.,* 2002).

Além do escore geral, o instrumento é dividido em 4 fatores. O fator 1 abrange as questões de 4 a 6 e 8 a 11, no que se refere ao preparo para sair do hospital. O fator 2, abrange as questões de 13 a 15, sobre o uso de medicamentos. O fator 3, abrange as questões de 1 a 3, relativas ao período que o indivíduo estava no hospital. O fator 4 abrange as questões 7 e 12, o que se refere ao plano por escrito, descrevendo as necessidades de saúde e a compreensão do motivo de tomar os medicamentos.

Para o objetivo específico 3 “Verificar a relação entre a variável dependente Transição do Cuidado (Care Transitions Measure-15) e as variáveis independentes (participante, sexo, idade, município de residência, número de pessoas que moram na casa, estado civil, escolaridade, ocupação, medicamentos utilizados para o tratamento, diagnóstico de alta (CID-10), comorbidades associadas e duração da última internação)”; a variável dependente resultou do CTM-15 Brasil. As variáveis independentes, como número de pessoas que moram na casa foi autorreferida nas ligações e as demais foram retiradas do prontuário eletrônico.

No plano analítico, procedeu-se da seguinte forma: inicialmente foi aplicada análise descritiva dos dados com elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) das variáveis categóricas e cálculo de medidas de posição e dispersão

(média, mediana, desvio de padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas.

Posteriormente, para realização das análises bivariadas, optou-se pelos testes não paramétricos correlação de Spearman e Kruskal-Walis. Assumiram-se para os testes as seguintes hipóteses:

H0= as variáveis não apresentam relação com CTM-15 Brasil;

H1= as variáveis apresentam relação com CTM-15 Brasil.

As variáveis dependentes do estudo são os Escores Padronizados da Escala de Transição do Cuidado, avaliados de forma Global e através dos Fatores 1, 2, 3 e 4.

As variáveis independentes utilizadas em todos os modelos foram: Idade (anos); Sexo (Mulher, Homem); Escolaridade (Analfabeto, Fundamental Incompleto, Fundamental Completo, Médio Completo ou mais); Estado Civil (Casado, Solteiro, Divorciado, Viúvo); Município (Piracicaba, RM Piracicaba), Pessoas que moram na casa (número); Ocupação (Renda Beneficio, Renda Trabalho, Sem rendimentos); grupo CID10 (Infeccioso, Cirúrgico, Crônico, Urgência Clínica Médica); Total de Comorbidades (número); Total de Medicamentos Aparelho Cardiorrespiratório (número); Total de Medicamentos Aparelho Digestivo e Metabolismo (número); Total de Medicamentos Aparelho geniturinário e hormônios sexuais (número); Total de Medicamentos Aparelho Respiratório (número); Uso de Levotiroxina sódica (sim, não); Total de Medicamentos para Sangue e órgãos hematopoiéticos (número); Total de Medicamentos para Sistema Musculoesquelético (número); Total de Medicamentos para Sistema Nervoso (número) e Total de Medicamentos para Usos Diversos (número).

Para a realização das análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$) e o programa R (R Core Team, 2020) versão 4.0.1.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 28295020.2.0000.5393) (APÊNDICE E), com anuência do Serviço de Saúde que foi campo de estudo, atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa totalizaram 156 idosos, familiares e/ou cuidadores, compostos por 75 (48,08%) homens e 81 (51,92%) mulheres, com média entre as idades de 74,70 anos, em maior proporção residentes no município de Piracicaba 106 (67,95%), convivendo no âmbito familiar com três pessoas (mediana). Quanto ao estado civil, 66 (42,31%) dos idosos são casados, ao passo que 57,69% compõem o grupo que inclui viúvos, solteiros e divorciados (Tabelas 1 e 2).

A renda predominante dos idosos deriva de benefícios do governo, como aposentadoria e/ou pensão para 132 (84,62%) participantes, observou-se um baixo nível de escolaridade, com ensino fundamental incompleto 86 (55,13%) e analfabetos 24 (15,38%). Vale salientar, que houve predominância dos cuidadores na participação deste estudo, num total de 138 (88,46%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de idosos que receberam alta do hospital para casa, segundo variáveis categóricas. Piracicaba, 2021.

Variável	**n**	**%**
	156	
Sexo		
Masculino	75	48,08
Feminino	81	51,92
Estado civil		
Casado	66	42,31
Viúvo	54	34,62
Solteiro	23	14,74
Divorciado	13	8,33
Ocupação		
Renda benefício	132	84,62
Sem rendimentos	13	8,33
Renda trabalho	11	7,05

Grau de escolaridade		
Fundamental incompleto	86	55,13
Fundamental completo	32	20,51
Analfabeto	24	15,38
Médio Completo ou mais	14	8,97
Residência		
Piracicaba	106	67,95
* RM Piracicaba	50	32,05
Entrevistado		
Cuidador	138	88,46
Idoso	18	11,54

* RM Piracicaba= Microrregião de Piracicaba

Fonte: Construção da autora, 2021.

A duração média da última internação do idoso foi de 8,27 dias (Tabela 2), causada, majoritariamente, por um processo infeccioso por COVID-19 (72,44 %) (Tabela 3). Entre os idosos, 74,4% apresentaram entre 1 e 3 comorbidades (Tabela 4). A comorbidade mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica (57,7%) (Tabela 5).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de idosos que receberam alta do hospital para casa, segundo variáveis numéricas. Piracicaba, 2021.

Variáveis	**N**	**Média**	**DP**	**Min.**	**M_d**	**Max.**
Nº pessoas que residem na casa	141	2,94	1,28	1,00	3,00	8,00
Duração da última internação	156	8,27	8,22	1,00	5,00	41,00
Idade	156	74,70	9,40	60,23	73,80	98,91

Legenda: n= número amostral, DP= Desvio Padrão, Min.= valor mínimo, M_d= mediana, Max.= valor máximo

Fonte: Construção da autora, 2021.

Tabela 3 – Motivos de internação de idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Variável	**N**	**%**
Infeccioso	113	72,44
Crônico	30	19,23
Cirúrgico	8	5,13
Urgência clínica médica	5	3,21

Fonte: Construção da autora, 2021.

Tabela 4 – Frequência do total de comorbidades dos idosos que receberam alta do hospital para casa, Piracicaba, 2021.

Total de comorbidades	**Frequência**	**%**
0	16	10.3
1	40	25.6
2	50	32.1
3	27	17.3
4	12	7.7
5	9	5.8
6	2	1.3

Fonte: Construção da autora, 2021.

Tabela 5 – Frequência das principais comorbidades dos idosos que receberam alta do hospital para casa, Piracicaba, 2021.

Doenças	**n= 156**	**n**	**%**
Diabetes mellitus tipo 2		46	29.5
Hipotireoidismo		10	6.4
Obesidade		11	7.1
Alzheimer		12	7.7
Hipertensão arterial sistêmica		90	57.7
Insuficiência cardíaca		18	11.5
Cardiopatia/coronariopatia		14	9
Doença pulmonar obstrutiva crônica		29	18.6

Fonte: Construção da autora, 2021.

Relacionado ao número de medicamentos em uso (Tabela 6), observou-se que mais de 50% dos idosos não usam qualquer medicamento para todas as Classificações Anatômicas Terapêuticas Química, exceto os idosos com alterações no aparelho cardiovascular. Destes idosos, 96 (62, 8%) usam de 1 a 6 tipos de medicamentos.

Tabela 6 - Frequência do total de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos que tiveram alta do hospital para casa de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química. Piracicaba, 2021.

	Aparelho Cardiovascular	**Aparelho digestivo e metabolismo**	**Aparelho geniturinário e hormônios sexuais**	**Aparelho respiratório**	**Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas**	**Sangue e órgãos hematopoiéticos**	**Sistema musculoesquelético**	**Sistema nervoso**	**Diversos**
0	58 (37.2%)	79 (50.6%)	149 (95.5%)	137 (87.8%)	140 (89.7%)	110 (70.5%)	153 (98.1%)	112 (71.8%)	139 (89.1%)
1	34 (21.8%)	38 (24.4%)	7 (4.5%)	10 (6.4%)	16 (10.3%)	32 (20.5%)	3 (1.9%)	19 (12.2%)	14 (9%)
2	28 (17.9%)	26 (16.7%)		8 (5.1%)		13 (8.3%)		14 (9%)	3 (1.9%)
3	18 (11.5%)	11 (7.1%)		1 (0.6%)		1 (0.6%)		7 (4.5%)	
4	11 (7.1%)	1 (0.6%)						4 (2.6%)	
5	6 (3.8%)	1 (0.6%)							
6	1 (0.6%)								

Fonte: Construção da autora, 2021.

5.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO - ANÁLISE DO CTM-15 BRASIL

Quanto ao CTM-15 Brasil (Tabela 7), o valor médio do escore total foi 68,59, tendo o valor mínimo 20 e o máximo 100. Após análise do CTM-15 Brasil, as respostas foram classificados pelo escore geral e por fatores de 1 a 4. Para o fator Preparação para o autogerenciamento (fator 1) o escore foi 70,50 e para Entendimento sobre medicações (fator 2) foi 71,23, ambos obtiveram valores superiores a 70.

Tabela 7 - Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-15 Brasil e por fatores, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa, Piracicaba, 2021.

Escores	n = 156
Por Fatores *	
Fator 1 – Preparação para o autogerenciamento	70,50 ± 14,41
Fator 2 – Entendimento sobre medicações	71,23 ± 15,35
Fator 3 – Preferências asseguradas	67,74 ± 15,29
Fator 4 – Plano de Cuidado	59,14 ± 16,58
Transição Total *	68,59 ± 13,15

*Variáveis expressas como média ± desvio padrão.

Fonte: Construção da autora, 2021.

A Tabela 8 apresenta a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento. Os itens com maior pontuação foram 14, 13 e 05, sendo que o primeiro e o segundo pertencem ao fator Entendimento sobre medicações, enquanto o terceiro pertence ao fator Preparação para o autogerenciamento. As médias mais baixas foram dos itens 12, 07 e 15, pertencentes aos fatores Plano de Cuidado e Entendimento sobre medicações, respectivamente.

Tabela 8 – Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Item número	Fator	CTM-15 Brasil	Média ± desvio padrão
14	2	Entende como tomar cada um dos medicamentos, inclusive a quantidade e os horários?	73,93 ± 16,20
13	2	Entende o motivo de tomar cada um dos seus medicamentos?	73,29 ± 17,11
5	1	Entende como cuidar da saúde?	72,65 ± 16,71
4	1	Teve todas as informações que precisava para que pudesse cuidar de si mesmo?	71,58 ± 17,27
11	1	Sente-se seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da saúde?	71,58 ± 16,85
9	1	Compreende bem o que era de sua responsabilidade para cuidar da sua saúde?	70,73 ± 16,22
10	1	Sente-se seguro de que sabe o que fazer para cuidar da sua saúde?	70,30 ± 17,17
1	3	Você e a equipe de saúde concordaram sobre os objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados?	69,44 ± 16,05
6	1	Entende os sinais de alerta e os sintomas que deveria observar para monitorar a sua condição de saúde?	68,61 ± 16,72
8	1	Compreende bem sua condição de saúde e como ela pode melhorar ou piorar?	68,16 ± 18,29
3	3	A equipe do hospital considerou as suas preferências e as da sua família ou cuidador, para decidir onde as suas necessidades de saúde seriam atendidas depois que você saísse do hospital?	67,31 ± 17,95

continua

2	3	A equipe do hospital considerou as suas preferências, as da sua família e/ou cuidador para decidir quais seriam suas necessidades de saúde para depois que você saísse do hospital?	66,45 ± 17,61
15	2	Entende os possíveis efeitos colaterais de cada um dos seus medicamentos?	66,23 ± 19,05
7	4	Recebeu um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as suas necessidades de saúde seriam atendidas?	66,01 ± 18,13
12	4	Recebeu uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que você precisava realizar dentro das próximas semanas?	50,80 ± 21,55

Fonte: Construção da autora, 2021.

conclusão

Quanto à frequência de opções de resposta por item, do CTM-15 Brasil (Tabela 9), para todas as perguntas obteve-se mais de 60% de concordância, exceto a pergunta 12, que faz referência quanto às orientações, na alta do hospital, a respeito das consultas e exames clínicos que deveriam ser feitos nas próximas semanas após a alta. Para este item, a maioria dos idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado discordou (51,92%).

Tabela 9 – Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Item CTM-15 Brasil	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não lembro/não se aplica
1	0 (0,00%)	12 (7,69%)	119 (76,28%)	25 (16,03%)	0 (0,00%)
2	1 (0,64%)	19 (12,18%)	115 (73,72%)	20 (12,82%)	1 (0,64%)
3	1 (0,64%)	18 (11,54%)	114 (73,08%)	23 (14,74%)	0 (0,00%)
4	0 (0,00%)	11 (7,05%)	111 (71,15%)	34 (21,79%)	0 (0,00%)
5	0 (0,00%)	8 (5,13%)	112 (71,79%)	36 (23,08%)	0 (0,00%)
6	0 (0,00%)	15 (9,62%)	115 (73,72%)	24 (15,38%)	2 (1,28%)
7	1 (0,64%)	21 (13,46%)	111 (71,15%)	20 (12,82%)	3 (1,92%)
8	1 (0,64%)	17 (10,90%)	112 (71,79%)	26 (16,67%)	0 (0,00%)
9	1 (0,64%)	7 (4,49%)	120 (76,92%)	28 (17,95%)	0 (0,00%)
10	1 (0,64%)	10 (6,41%)	116 (74,36%)	29 (18,59%)	0 (0,00%)
11	1 (0,64%)	7 (4,49%)	116 (74,36%)	32 (20,51%)	0 (0,00%)
12	0 (0,00%)	81(51,92%)	52 (33,33%)	12 (7,69%)	11 (7,05%)
13	1 (0,64%))	5 (3,21%)	112 (71,79%)	38 (24,36%)	0 (0,00%)
14	0 (0,00%)	5 (3,21%)	112 (71,79%)	39 (25,00%)	0 (0,00%)
15	0 (0,00%)	26 (16,67%)	104 (66,67%)	24 (15,38%)	2 (1,28%)

Fonte: Construção da autora, 2021.

Conforme exposto na Tabela 10, houve correlação entre os 4 fatores do CTM-15 Brasil (Fator 1 – Preparação para o autogerenciamento; Fator 2 – Entendimento sobre medicações; Fator 3 – Preferências asseguradas; Fator 4 – Plano de Cuidado) e entre os fatores do CTM-15 Brasil e número de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química (aparelho cardiovascular, sangue e órgãos hematopoiéticos, sistema musculoesquelético e sistema nervoso). Nas correlações entre os 4 fatores pode-se observar que todas são positivas e o aumento da pontuação de um fator faz com que o outro fator aumente.

O número de medicamentos utilizados para o sistema sangue e órgãos hematopoiéticos apresentou correlação com o escore geral e com os fatores 1 e 3 do CTM-15 Brasil. Os números de medicamentos utilizados para tratamento do sistema cardiovascular dos idosos teve correlação entre escore geral e fator 3. No que se refere aos números de medicamentos para o sistema nervoso houve a correlação entre escore geral e fatores 1 e 2, enquanto o número de medicamentos para sistema muscular apresentou apenas correlação com o fator 2.

No que se refere às variáveis idade e número de pessoas que residem na casa, não houve correlação com nenhum dos fatores.

Tabela 10 – Correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 Brasil e as variáveis contínuas do estudo, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Variáveis	**Transição Total**		**Fator 1**		**Fator 2**		**Fator 3**		**Fator 4**	
	Coef. Corr.	p	Coef. Corr.	p	Coef. Cor	p	Coef. Corr	p	Coef. Corr.	p
Fator 1					0,580	0,010	0,718	0,010	0,529	0,010
Fator 2							0,591	0,010	0,340	0,010
Fator 3									0,550	0,010
Nº de Medicamento para Aparelho cardiovascular	0,180	0,024	0,138	0,087	0,075	0,355	0,247	0,010	0,137	0,090
Nº de Medicamento para Aparelho digestivo e metabolismo	0,118	0,144	0,094	0,242	0,031	0,698	0,080	0,320	0,077	0,344
Nº de Medicamento para Aparelho geniturinário e hormônios sexuais	0,082	0,310	0,072	0,373	0,069	0,390	0,093	0,251	0,058	0,475
Nº de Medicamento para Aparelho respiratório	0,035	0,666	0,004	0,958	0,099	0,217	0,096	0,234	0,005	0,954
Nº de Medicamento para Diversos sistemas	0,091	0,860	0,109	0,177	0,097	0,230	0,011	0,890	0,056	0,489
Nº de Medicamento para Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	0,000	0,998	-0,119	0,138	0,040	0,620	0,022	0,784	-0,042	0,606

continua

Nº de Medicamento para Sangue e órgãos hematopoiéticos	0,211	0,010	0,201	0,012	0,092	0,253	0,193	0,016	0,148	0,066
Nº de Medicamento para Sistema musculoesquelético	0,099	0,220	-0,077	0,341	0,208	0,010	0,061	0,448	-0,074	0,358
Nº de Medicamento para Sistema nervoso	0,219	0,010	0,184	0,022	0,187	0,019	0,029	0,724	0,064	0,427
Nº de Comorbidades	0,031	0,699	0,001	0,994	-0,008	0,919	0,041	0,616	0,050	0,538
Idade	-0,007	0,931	-0,035	0,664	0,075	0,352	-0,049	0,545	-0,016	0,843
N° de pessoas que residem na casa	0,011	0,899	-0,037	0,667	-0,103	0,222	-0,025	0,770	0,074	0,383

*Utilizado teste de correlação de Spearman; significância estatística (p≤0,05).

Fonte: Construção da autora, 2021.

conclusão

Na avaliação dos fatores e escore geral, com relação às variáveis sociodemográficas (tabela 11) e características clínicas (tabela 12), não ocorreram diferenças estatisticamente significantes. Dessa forma, conclui-se que a hipótese nula não foi rejeitada.

Tabela 11 – Comparação dos escores total e por fator do CTM-15 Brasil com as variáveis categóricas sociodemográficas, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Variáveis	**Transição Total**		**Fator 1**		**Fator 2**		**Fator 3**		**Fator 4**	
	Média ± DP	P	Média ± DP	P	Média ± DP	p	Média ± DP	p	Média ± DP	p
Sexo		0,498		0,952		0,409		0,784		0,435
Masculino (n= 75)	68,1 ± 12,9		70,0 ± 14,1		40,04 ± 14,4		67,9 ± 14,6		58,7 ± 17,6	
Feminino (n= 81)	69,1 ± 13,5		71,0 ± 14,8		72,0 ± 16,2		67,6 ± 16,0		59,6 ± 15,6	

Estado civil		0,276		0,304		0,116		0,881		0,347
Solteiro (n= 23)	70,5 ± 10,2		72,5 ± 12,1		75,8 ± 15,9		68,1 ± 14,7		59,4 ± 12,1	
Casado (n= 66)	67,6 ± 12,3		69,4 ± 13,6		68,9 ± 13,5		68,2 ± 14,6		59,1 ± 15,5	
Divorciado (n= 13)	73,3 ± 21,9		76,9 ± 22,6		75,2 ± 21,8		66,7 ± 24,0		67,9 ± 27,6	
Viúvo (n= 54)	67,8 ± 12,6		69,5 ± 13,8		71,2 ± 15,2		67,3 ± 14,2		56,9 ± 15,8	
Grau de escolaridade		0,136		0,081		0,288		0,119		0,293
Analfabeto (n= 24)	63,8 ± 12,3		66,3 ± 12,1		66,7 ± 17,0		62,0 ± 16,0		53,5 ± 13,9	
Fundamental completo (n= 32)	69,2 ± 11,8		71,6 ± 12,7		70,1 ± 13,4		68,8 ± 12,4		60,9 ± 18,3	
Fundamental incompleto (n= 86)	68,5 ± 13,5		69,9 ± 14,9		72,4 ± 15,9		67,7 ± 15,7		59,0 ± 16,0	
Médio Completo ou mais (n= 14)	75,7 ± 13,2		79,3 ± 16,0		14,6 ± 12,7		75,4 ± 15,2		65,5 ± 19,0	
Ocupação		0,816		0,998		0,573		0,895		0,249
Renda benefício (n= 132)	68,4 ± 13,0		70,4 ± 14,4		71,2 ± 15,2		67,4 ± 15,1		58,5 ± 16,1	
Renda trabalho (n= 11)	70,1 ± 15,0		71,4 ± 16,4		74,7 ± 15,8		70,7 ± 17,4		59,1 ± 24,0	
Sem rendimentos (n= 13)	69,0 ± 14,4		70,9 ± 13,9		68,4 ± 16,9		68,4 ± 16,9		65,4 ± 14,4	
Município		0,466		0,132		0,378		0,643		0,363
Piracicaba (n= 106)	69,0 ± 13,3		71,0 ± 14,6		72,2 ± 16,2		68,2 ± 15,3		58,1 ± 16,2	
RM Piracicaba (n= 50)	67,7 ± 12,9		69,4 ± 14,2		69,1 ± 13,3		66,7 ± 15,4		61,3 ± 17,3	

Utilizado teste de Kruskal-Wallis; significância estatística ($p \leq 0,05$).

Fonte: Construção da autora, 2021.

conclusão

Tabela 12 – Comparação dos escores total e por fator do CTM-15 Brasil com o motivo da internação, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa. Piracicaba, 2021.

Variáveis	**Transição Total**		**Fator 1**		**Fator 2**		**Fator 3**		**Fator 4**	
	Média ± DP	P	Média ± DP	P	Média ± DP	P	Média ± DP	P	Média ± DP	P
Motivo de internação		0,597		0,378		0,298		0,637		0,982
Cirurgia (n= 8)	62,8 ± 21,7		64,3 ± 20,7		65,3 ± 20,9		59,7 ± 26,5		58,3 ± 23,6	
DCNT (n= 30)	67,0 ± 12,8		68,3 ± 14,7		67,8 ± 10,3		68,5 ± 15,2		58,9 ± 15,0	
Doença Infecciosa (n= 113)	69,6 ± 12,8		71,7 ± 14,1		72,6 ± 15,9		68,3 ± 14,5		59,4 ± 16,9	
Urgência clínica (n= 51)	65,3 ± 1,2		66,7 ± 0,0		71,1 ± 16,9		62,2 ± 9,9		56,7 ± 9,1	

Utilizado teste de Kruskal-Wallis; significância estatística ($p \leq 0,05$).

Fonte: Construção da autora, 2021.

6.DISCUSSÃO

6. Discussão

Sobre o perfil dos idosos estudados, a média entre as idades foi de 74 anos, superior ao observado em outras investigações brasileiras realizadas com idosos, como o estudo realizado em um hospital universitário, no norte do estado de Minas Gerais, que analisou o perfil dos idosos internados e encontrou pacientes que tinham idade entre 60 e 69 anos (44,9%) (RABELO *et al*., 2010). Acosta e colaboradores (2020) também observaram a média entre as idade de 62,4 anos (±15,3) e um outro trabalho realizado em um hospital universitário, na zona oeste da cidade de São Paulo (COSTA *et al*., 2020), também encontrou um perfil de pacientes idosos com faixa etária menor, com uma média de 60 e 69 anos (190; 42,7%).

Inserido nesse cenário, O'Donnell *et al*. (2020) realizou uma revisão sistemática sobre os trabalhos que abordavam a Transição do Cuidado, e as intervenções para apoiar pacientes idosos do hospital para casa. Os autores mencionados observaram que os estudos variaram, consideravelmente, no tamanho da amostra (variando de 50 a 2.494) e que a idade média dos participantes era de 73,50 anos (DP = 5,17 anos). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos sobre a Transição do Cuidado em idosos, observou que a idade média dos pacientes era de 80 anos de idade e dos cuidadores 64 anos (TOLES *et al*., 2017), com uma faixa etária maior do que a encontrada neste estudo. Koprivnik *et al*. (2020) também registraram uma faixa etária maior (84,3 anos) em uma pesquisa realizada na Espanha em idosos. É importante ressaltar que, nesses países a expectativa de vida da população é maior, se comparada à expectativa do Brasil e, portanto, é esperado essa diferença na faixa etária (diferença de 10 anos, aproximadamente) encontrada nesses estudos.

Neste estudo, em particular, a maioria dos idosos estudados era composto por mulheres (51,92%). Outros estudos também registraram maior predominância de mulheres internadas, como Toles *et al*. (2017) que encontraram mais de 70% de pacientes do sexo feminino e Rabelo *et al*. (2010) que registraram 56,2% de mulheres. Acosta e colaboradores (2020) também observaram maior predominância de pacientes do sexo feminino (53%). Já O'Donnell *et a*l. (2020) observaram que homens e mulheres foram igualmente representados (50% do sexo masculino e 50% do feminino).

A predominância de idosos do sexo feminino na unidade de internação, neste estudo e em outros trabalhos analisados, é, bem provável, devido ao fato de que

mulheres tendem a ter mais problemas de saúde do que os homens (ALMEIDA *et al*., 2002). Além do mais, as mulheres tendem a ter maior prevalência de doenças crônicas (THEME FILHA *et al*., 2015) e utilizam com mais frequência os serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO *et al*., 2015). Nesse aspecto, Gheno e colaboradores (2021) afirmam que, em relação às internações, quando analisadas conforme o sexo, no país, há uma maior frequência de indivíduos do sexo feminino (50,5% do total de internações). Em outros estudos realizados no Brasil também foi verificado maior porcentagem de mulheres nas unidades de internação (CARRET *et al*., 2011; GOMIDE *et al*., 2012; OLIVEIRA *et al*., 2013; SIQUEIRA *et al*., 2015; COUTINHO; TOMASI, 2020).

Em referência à instrução, é importante ressaltar que a maioria de idosos apresentava baixa escolaridade, 55,13% com ensino fundamental incompleto, 15,38% analfabetos e 84,62% recebiam benefício governamental, o que corrobora com outras investigações realizadas em unidades de internação no país (CARRET *et al.,* 2011; MARTINS *et al*., 2021). Rabelo *et al*. (2010) registraram em seu estudo que a maioria dos pacientes idosos não havia estudado ou concluído o ensino fundamental (94,2%). Acosta e colaboradores (2020) registraram que 52,2% dos idosos tinham baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto.

Não foi verificada, no estudo aqui desenvolvido, uma relação dessas variáveis (escolaridade e renda), com os fatores analisados e nem com o escore do CTM-15. Contudo, Coutinho e Tomasi (2020) estudaram o déficit de autocuidado em associação com características sociodemográficas, comportamentais, de condição de saúde, de acesso e utilização de serviços de saúde. Os autores verificaram que, quanto menor a escolaridade entre os idosos ($p = 0,026$) e a renda familiar ($p = 0,073$), maiores as prevalências do déficit de autocuidado. Portanto, idosos que possuem um menor tempo de estudo podem colocar em risco a continuidade do tratamento, o que interfere, diretamente, na Transição do Cuidado do hospital para casa.

A maior parte dos idosos era casados (42,31%) e residiam em Piracicaba (67,95%). Diversos estudos apontam que, a maioria da demanda de pacientes em unidades de internação nos hospitais é proveniente da cidade onde o serviço está localizado (COELHO *et al*., 2010; OLIVEIRA *et al*., 2011; RODRIGUES *et al*., 2015).

Foi observado, nesta pesquisa, a predominância de cuidadores que responderam ao questionário (88,46%). Acosta *et al.* (2020) também encontraram em seu estudo uma maior porcentagem de respostas pelos cuidadores (cerca de 70%), o

que foi verificado do mesmo modo por Berry *et a*l. (2013), em que 100% dos participantes eram cuidadores e por Bakshi *et al*. (2012), que registraram 96%. Isso ocorre, principalmente, devido ao fato de o paciente não ter condições de responder ao instrumento, por conta de seu estado clínico ou pela baixa escolaridade e menor entendimento das questões ligadas à saúde. A presente pesquisa e os resultados encontrados evidenciam a importância de envolver familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados, além de fornecer orientações, por escrito, dos cuidados necessários após a alta (COSTA *et al.,* 2020).

O tempo médio da última internação foi de 8,27 dias. Resultados semelhantes ao deste estudo foram encontrados por Rabelo *et al*. (2010), ao analisar o perfil dos idosos que receberam alta de um Hospital Universitário, no Norte de Minas Gerais, em que o tempo de permanência hospitalar teve como mediana oito dias. Segundo Gheno *et al*. (2021), a duração média de permanência dos pacientes idosos internados no Brasil é de 7,1 dias e a região Sudeste possui a maior média de permanência de 7,7 dias, corroborando os resultados do presente estudo. Outras pesquisas com foco na internação de idosos relataram médias de permanências mais altas, chegando até a 11 dias (POFFO *et al*., 2017; CORDEIRO; MARTINS, 2018).

Foi observado que, a maior parte das internações dos idosos era devido ao processo infeccioso provocado pela COVID-19 (72,44 %) e a duração das internações chegou a 40 dias. Isso se deve ao fato de os idosos representarem um grupo de pacientes de alto risco para o desenvolvimento da COVID-19, com deterioração clínica rápida e progressiva (PERROTA *et al*., 2020). O quadro clínico pode se agravar quando o paciente possui alguma comorbidade. De acordo com Perrota *et al*. (2020), em indivíduos mais idosos, a imunossenescência e os distúrbios comórbidos têm maior probabilidade de promover uma tempestade de citocinas induzida por vírus, resultando em insuficiência respiratória, com risco de vida e envolvimento multissistêmico.

Foi realizado um estudo que objetivou refletir sobre a saúde da pessoa idosa, na pandemia, pela COVID-19, para elaborar orientações de enfermagem dirigidas à Atenção Primária à Saúde e à Assistência Hospitalar Especializada. Em tal pesquisa, verificou-se que os acamados residentes em comunidades, como favelas, são um grupo de alto risco e que a articulação, os esforços e apelos realizados pelos profissionais de saúde, são fundamentais para que se promova a saúde e fortalecimento dessa população (MARINS *et al*., 2020).

No estudo em questão, 75% dos idosos apresentaram entre 1 e 3 comorbidades, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (57,7%) e Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2 (29,5%) as mais relatadas.

Coutinho e Tomasi (2020) avaliaram o déficit do autocuidado em pacientes idosos, relacionado ao perfil e com as características de saúde e observaram que a porcentagem de idosos com comorbidade era de 72,9%, sendo próximo ao obtido neste estudo. Outros estudos também registraram maior frequência de comorbidades em pacientes idosos. Provencher *et al*. (2020), em estudo desenvolvido na Austrália, encontraram uma frequência de 53,9% de pacientes na área intra-hospitalar.

Segundo Acosta (2017), em estudo realizado no sul do Brasil, registrou que 35,9% dos pacientes idosos possuíam mais de uma comorbidade e que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes foram as cardiovasculares (57,6%), seguidas por câncer (27,3%) e Diabetes Mellitus (DM) (18,7%).

Benetti *et al*. (2021) ao caracterizarem idosos internados no Rio Grande do Sul, identificaram que 83,3% dos participantes possuíam alguma comorbidade, condição que pode interferir na independência e autonomia, com destaque para HAS (60%) e DM (26,6%), resultados semelhantes ao deste estudo. Martins *et al.* (2021) também encontraram, em estudo com população idosa, em Hospital da cidade de São Paulo, resultados semelhantes, com uma porcentagem de 64,00% para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 32,00% para DM.

Portanto, idosos com comorbidades e necessidades de cuidados complexos são os que precisam de maior cuidado na transição entre os ambientes, particularmente, do hospital para casa. A comunicação deficiente e a transferência incompleta de informações, entre os médicos e as organizações envolvidas na transição do hospital para a casa, podem impedir o acesso ao suporte e aos recursos necessários à recuperação do paciente. Apoiar idosos na transição do hospital para casa, utilizando comunicação digitalmente suportada, pode ser uma ferramenta que permita um cuidado centrado na pessoa, com autogerenciamento apoiado, para gerar resultados significativos (GRAY *et al*., 2020).

LaManna e colaboradores (2016) avaliaram os fatores que afetam a Transição do Cuidado do hospital para casa, em idosos com Diabetes Mellitus (DM). Foi verificado que a multimorbidade dificulta a recuperação domiciliar de idosos com essa doença crônica. Além disso, a DM adiciona complexidade às transições de cuidados de saúde do hospital para casa, exige um acompanhamento mais intensivo de idosos

com diabetes durante o primeiro mês, após a alta. No presente estudo, a DM Tipo 2 foi a segunda comorbidade mais frequente (29,5%) entre os indivíduos e mais de 70% possuíam multimorbidade, com até três doenças associadas. Estes resultados ressaltam a importância de oferecer maior atenção a esses idosos para que haja uma melhor recuperação dos mesmos em casa, evitando assim reincidência na internação.

Em relação ao uso de medicamentos, mais de 50% dos participantes não fazem uso de qualquer medicamento, exceto os idosos com alterações no aparelho cardiovascular. Destes, 62, 8% usam de 1 a 6 tipos de medicamentos. De acordo com Gheno *et a*l. (2021), as doenças do aparelho circulatório representaram 23% do total de internações no Brasil e, entre elas, a Insuficiência Cardíaca é a que apresenta as maiores taxas de internações no país. Para esses idosos, a administração medicamentosa faz-se necessária para manter sua saúde, o que justifica o uso de 1 a 6 tipos de medicamentos para indivíduos com problemas cardiovasculares.

Um estudo realizado por Valente *et al.* (2019) sobre os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) em idosos, durante a Transição do Cuidado, verificou que a terapia medicamentosa pode interferir nos resultados de saúde desejados em idosos, principalmente, durante a transição do hospital para casa, resultando em re-hospitalizações frequentes. Os PRM podem ser causados devido a erros clínicos, falta de adesão, discrepâncias, polifarmácia, Reação Adversa a Medicamentos, entre outros (CHALMERS; MIN, 2006; QUINALHA; CORRER, 2010). O enfermeiro, durante o planejamento da alta, tem um papel fundamental para minimizar os riscos de Eventos Adversos a Medicamentos, podendo fazer as orientações necessárias ao paciente e familiares tornando a compreensão de medicamentos mais facilitada e diminuindo a possibilidade de reinternação hospitalar do idoso (CIETO et al., 2014; VALENTE et al., 2019).

Os resultados obtidos no presente estudo possibilitaram mensurar a qualidade da Transição do Cuidado de idosos, que receberam alta do serviço hospitalar para a residência, com um escore médio do CTM-15 Brasil, de 68,59. Estes resultados são semelhantes ao estudo de Acosta e colaboradores (2020), com pacientes adultos, com DCNT, no Sul do Brasil, o qual registrou escore médio de 69,5, considerado próximo ao satisfatório. Outro estudo realizado no sul do Brasil, por Weber *et al*. (2019), analisou a qualidade da Transição do Cuidado associado à readmissão hospitalar, com pacientes de 18 anos ou mais, verificou um escore do CTM-15 (74,7), maior que o do presente estudo. Nos Estados Unidos da América

(EUA), pesquisa com pacientes idosos também verificou um escore do CTM-15 maior (74,7) com a presença de intervenção do cuidado, se comparado aos pacientes que não tinham uma preparação para a alta (pontuação CTM-15 de 65,3) (TOLES *et al*., 2017).

As fragilidades na Transição do Cuidado ocasionam uso desnecessário de serviços de saúde, tanto em emergências como em readmissões hospitalares e, portanto, escores mais elevados do CTM-15 podem diminuir as taxas de readmissão (WEBER *et al*., 2019). Esse resultado também foi observado por Cao e colaboradores (2017), que demonstraram em sua pesquisa a eficácia do Programa de Transição do Cuidado na redução das taxas de readmissão hospitalar em 30 e 90 dias, melhorando as transições da qualidade do atendimento e a adesão à medicação, bem como aumenta a autoeficácia em doenças crônicas.

Os fatores 1 (Preparação para o autogerenciamento) e 2 (Entendimento sobre medicações) foram os que tiveram maior escore, ambos com valores superiores a 70 e o Fator 3 (Preferências asseguradas) e 4 (plano de cuidado) os menores escores, com 67,74 e 59,14, respectivamente. Weber *et al*. (2019) também registraram maior pontuação de escore para o fator 1 (78,1), porém valores menores para o fator 2 (69,0). No mesmo percurso, Acosta *et al*. (2020) encontraram em sua pesquisa resultados diferentes ao deste estudo, com escores menores para o fator 2 (68,3) e 3 (68,4).

O menor valor de escore encontrado, nesta pesquisa, foi o fator 4 (Plano de Cuidado), o que evidencia a importância de melhorar a qualidade do plano de cuidado transicional, especialmente, para pessoas idosas com necessidades complexas. É necessário envolver os familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados, para que eles possam participar ativamente nas decisões relacionadas ao desenvolvimento e execução do plano de cuidados, além de fornecer instruções por escrito sobre os cuidados necessários após a alta (MIXON *et al.,* 2016; ROBELIA *et al.*, 2017). No entanto, no Brasil, a maior parte dos pacientes é excluída da tomada de decisão na prática profissional, no processo de trabalho e na organização do sistema de saúde (ACOSTA, 2017). Portanto, é fundamental incrementar as práticas no processo de alta, para que haja compreensão do paciente nos cuidados pós-alta e na inclusão de suas preferências relativas à tomada de decisão (HORWITZ *et al.,* 2013; ACOSTA *et al.,* 2020).

O plano de alta é uma das estratégias utilizadas em diversos serviços de saúde, no âmbito internacional, com o objetivo de preparar o paciente e desenvolver ações de educação em saúde, para o autocuidado no domicílio (BURKE *et al*., 2013; FOX *et al.,* 2013; GRAHAM *et al*., 2013; BIESE *et a*l., 2014). O Plano de Alta é elaborado, principalmente, pela equipe de enfermagem (DELATORRE *et al*., 2013; WEBER *et al*., 2017). Durante o planejamento da alta, a equipe multiprofissional prepara o paciente para retorno ao domicílio e, dessa forma, as orientações serão direcionadas às necessidades do paciente e sua família, para que os mesmos sejam preparados para o autocuidado e autogerenciamento pós-alta (ACOSTA, 2017).

Muitos países têm investido em modelos de atendimento para manter os idosos em casa, ao invés de hospitais (POWERS *et al.,* 2016). Um desses modelos, que engloba intervenções que promovem a transferência segura e oportuna de pacientes do hospital para casa, é “cuidado transicional” (ALLEN *et al*., 2014). Segundo O’Donnell e colaboradores (2020), modelos baseados na prestação de apoio educacional, social e médico são eficazes no apoio a idosos que estão em transição do hospital para suas casas, momento em que eles estão mais vulneráveis. Fornecer apoio transicional antes da alta, pós-alta ou antes e depois da alta, pode mitigar as taxas de readmissão hospitalar (BRAET *et al*., 2016)

Os itens do CTM-15 Brasil que tiveram a maior pontuação foram 14 (Entende como tomar cada um dos medicamentos, inclusive a quantidade e os horários), 13 (Entende o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos) e 05 (Entende como cuidar da saúde). Essa maior pontuação está relacionada ao maior escore encontrado nos fatores 1 e 2, o que demonstra que os participantes deste estudo possuem um melhor entendimento sobre a medicação a ser gerenciada, e sobre os cuidados que precisam ter para manter a saúde. Weber e colaboradores (2019) também verificaram em sua pesquisa que os pacientes tinham uma compreensão do que é necessário para cuidar da saúde, após a alta.

Lindblom *et a*l. (2018), em um estudo realizado para a avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para a casa, verificaram que 24% dos pacientes tinham um conhecimento insuficiente sobre sua saúde e 29% não tinham informações por escrito compreensíveis sobre os planos após a alta. Além disso, 46% das pessoas não tinham entendido claramente os possíveis efeitos colaterais de seus medicamentos. No presente estudo, o item 12 do CTM- 15 Brasil, que se refere ao

entendimento dos efeitos colaterais de cada um dos medicamentos, teve menor pontuação, corroborando com o estudo de Lindblom e colaboradores (2018).

Foi observada uma menor pontuação pelos idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado em relação às orientações, a respeito das consultas e exames clínicos que deveriam ser feitos nas semanas seguintes após a alta (Item 12 do CTM-15 Brasil). Apenas 50% dos participantes relataram que os idosos receberam uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das medidas que deveriam ser tomadas após a alta hospitalar. O acesso à informação é um fator importante para o avanço dos resultados de saúde, bem-estar e na redução das taxas de readmissão hospitalar do idoso.

Um trabalho de revisão estudou sobre a eficácia das intervenções de transição, para apoiar pacientes idosos do hospital para casa, e verificou que pacientes que se beneficiariam de uma educação personalizada, com intervenções orientadas a metas que promovam sua capacidade de autocuidado, tiveram resultados mais eficientes de saúde e bem-estar (O'DONNELL *et al*., 2020). Em outra direção, Lindblom *et al*. (2018) registraram que a maior parte dos pacientes não perceberam que tinham objetivos de saúde claros ou sabiam como alcançá-los; e que 30% não sabiam quais os sinais e sintomas de alerta e 20% não tinham um plano de saúde escrito legível e compreensível.

Na pesquisa aqui realizada, registrou-se uma discordância de 51,92% para o item 12 e de 16,67% para o item 15. Resultado semelhante foi observado no sul do Brasil por Acosta *et al*. (2020), em uma pesquisa sobre a Transição do Cuidado de pacientes com doenças crônicas, que também verificou maiores percentuais de discordância sobre uso de medicamentos e seus efeitos colaterais (27,3%) e sobre as consultas ou exames a serem realizadas após a alta (10,1%). Esses fatores parecem ser uma das principais fragilidades na Transição do Cuidado de pacientes com alta da emergência para o domicílio, evidenciando a necessidade de intervenções para melhorar as práticas no processo de alta, a compreensão do paciente dos cuidados pós-alta e a inclusão das preferências do paciente nas tomadas de decisão. De fato, a educação dos pacientes auxilia seu empoderamento, facilita o entendimento do valor do autocuidado e proporciona que a doença crônica seja controlada por maior tempo após a alta (TESTON *et al*., 2016; WEBER *et al*., 2019).

A Transição do Cuidado possui diversos elementos que são essenciais, como a comunicação entre os profissionais sobre a alta hospitalar, o desenvolvimento do

plano de alta; a preparação do paciente, dos familiares e/ou cuidadores para cuidados transitórios, a adesão à medicação, o acompanhamento pós-alta e a educação do paciente sobre autocuidado (ALLEN *et al*., 2014). Portanto, para que haja o sucesso na recuperação dos pacientes em casa, é necessário um plano de cuidado de fácil compreensão sobre as medidas a serem tomadas, como a administração ou suspensão medicamentosa, sobre as consultas ou exames que serão necessários ao longo da recuperação. Para Costa *et al.* (2020), o planejamento da alta é a principal via do hospital para a transição domiciliar, e deve incluir todas as informações necessárias sobre os cuidados inevitáveis na alta hospitalar.

No referido estudo não foram observadas diferenças, estatisticamente significantes, entre os fatores e escore geral com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. Resultado semelhante foi encontrado na China, por Cao e colaboradores (2017), em um estudo sobre os efeitos de um programa de transição em pacientes com doença cardíaca coronariana. Acosta *et al*. (2020), também não registrou diferença estatisticamente significante entre o escore do CTM Brasil e as variáveis de sexo, idade, escolaridade e local de residência.

Quanto aos fatores, houve uma relação significativa entre as doenças do aparelho cardiovascular e o escore total da Transição do Cuidado e o fator 3 (ver tabela 10). As doenças cardiovasculares nos idosos estão entre as relatadas com mais frequência pelos respondentes do instrumento neste estudo. Ou seja, pacientes com doenças crônicas tendem a ter um maior tempo de permanência no hospital, de acordo com McLEOD *et al*., 2013. Além disso, estudos apontam que, pessoas com estado de saúde comprometido, podem ter uma pior qualidade da Transição do Cuidado, e podem não ter suas preferências asseguradas (SHADMI et al., 2009; CAO et al., 2015), o que explicaria as menores pontuações para o fator 3 e a relação estatisticamente significativa de algumas comorbidades, com os escores do instrumento utilizado.

O estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em um hospital do interior do país, em uma das regiões mais desenvolvidas do Brasil. Esse aspecto pode não ser representativo da realidade brasileira, o que dificulta a generalização dos resultados. Outro aspecto a ser considerado e o desenvolvimento da pesquisa, inserido no contexto da pandemia.

7. CONCLUSÃO

7. Conclusão

Este estudo objetivou analisar a Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa. Trata-se de um conjunto de procedimentos de grande importância para o retorno do paciente à vida normal, e para a sustentabilidade econômica do sistema público de saúde. As áreas da saúde pública e da enfermagem colaboram com a integração multidisciplinar dos profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção percorridos pelos idosos, desde a internação hospitalar até voltar ao domicílio. A pesquisa realizada concluiu que, a maioria dos idosos tinha idade média de 74 anos, baixa escolaridade, com renda derivada de benefícios do governo, residentes no município de Piracicaba, viúvos e eram do sexo feminino. Os idosos permaneciam internados em média 8,27 dias e a maior parte das internações teve origem no processo infeccioso pela COVID-19 (72,44 %). As comorbidades mais comuns foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus Tipo 2.

Constatou-se a alta frequência de comorbidades, entre os idosos, e a associação de 1 a 3 dessas doenças nos idosos hospitalizados demonstra que necessitam de mais cuidados no período de transição entre os ambientes, particularmente, do hospital para casa. A multimorbidade é um agente complicador para a recuperação domiciliar de enfermos com idade avançada. Recomenda-se, portanto, um acompanhamento mais intensivo aos idosos com doenças crônicas, durante o primeiro mês após a alta.

Mais de 50% dos idosos não fazem uso de qualquer medicamento, exceto os idosos com alterações no aparelho cardiovascular. Destes idosos, 62, 8% usam de 1 a 6 tipos de medicamentos. Os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) podem colaborar para reinternações frequentes de idosos, interferindo nos resultados de saúde desejados na Transição do Cuidado do hospital para casa.

A aplicação do instrumento (CTM-15 Brasil) demonstrou a transição do hospital para a casa (escore total de 68,59) próximo de 70%, o que é considerado satisfatório. Foram constatadas as fragilidades no Plano de Cuidado, com menor escore, para o fator 4 (59,14) do instrumento.

Os menores valores do fator 4, que se refere ao Plano de Cuidado, evidenciam a importância de aumentar a qualidade da Transição do Cuidado, com o intuito de envolver os familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados. Nesse

contexto, a equipe hospitalar e os idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado podem participar, ativamente, das decisões relacionadas ao desenvolvimento e execução do Plano de Cuidado, além de fornecer instruções por escrito sobre os cuidados necessários após a alta.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os fatores e escore geral, com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. Todavia, houve uma relação importante entre as doenças do aparelho cardiovascular e o escore total da Transição do Cuidado e o fator 3. As doenças cardiovasculares estão entre as mais relatadas pelos idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado, neste estudo, e idosos com doenças crônicas tendem a ter um tempo maior de permanência no hospital, o que explica menores pontuações para o fator 3 e a correlação de algumas comorbidades com os escores do instrumento realizado.

Ainda existem lacunas na base de dados sobre a qualidade das intervenções de cuidados para idosos e suas famílias e/ou cuidadores, principalmente, no Brasil. Com este estudo, foi possível identificar as principais fragilidades e dificuldades encontradas pelos idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado, evidenciando a importância de incluir pacientes, familiares e/ou cuidadores no planejamento e tomada de decisões do plano de alta.

Portanto, estudos como este podem contribuir no sentido de melhorar a qualidade da Transição do Cuidado para pacientes idosos.

REFERÊNCIAS[1]

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023, 2018.

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. https://doi.org/10.1001/jama.2019.11982.

ACOSTA, A. M. *et al*. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, Oxford, v. 64, n. 3, p. 379-387, 2017.

ACOSTA, A. M. *et al*. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, p. e20190155, 2020. Número especial.

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas**: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 162 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ALLEN, J. *et al*. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 1, p. 1-18, 2014.

ALMEIDA, M. F. *et al*. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.

ANDRADE, L. *et al*. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a11v18n12.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

BAECKER, A. *et al*. Evaluation of a transitional care program after hospitalization for heart failure in an integrated health care system. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 3, n. 12, p. e2027410, 2020. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27410.

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. 9, 2014.

BAKSHI, A. B. *et al*. Validation of the care transition measure in multi-ethnic South-East Asia in Singapore. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, p. 256, Aug. 2012.

BALLARD, J. *et al*. Effect of ambulatory transitional care management on 30-day readmission rates. **American Journal of Medical Quality**, Alphen aan den Rijn, v. 33, n. 6, p. 583-589, 2018. DOI: https://doi.org/10.1177/1062860618775528.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós**: gerontologia, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325-339, jan./mar. 2015. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092/18731. Acesso em: 31 jul. 2021.

BENETTI, E. R. R. *et al*. Caracterização de pessoas idosas hospitalizadas conforme Modelo de Sistemas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 8, 2021.

BERRY, J. G. et al. Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. International **Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 25, no. 5, p. 573-581, ago. 2013.

BIESE, K. *et al*. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 21, n. 2, p. 188-195, fev. 2014.

BRAET, A.; WELTENS, C.; SERMEUS, W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. **JBI Evidence Synthesis**, Sydney, v. 14, n. 2, p. 106-173, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, p. 70, 2013.

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://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650641/pdf/nihms434413.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

CAO, X. *et al*. Validity and reliability of the chinese version of the care transition measure. **Plos One**, San Francisco, v. 10, n. 5, p. 1-12, May 2015.

CAO, X. *et al*. Effects of a hospital–community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: a randomized controlled trial. **Japan Journal of Nursing Science**, Tokyo, v. 14, n. 4, p. 320-331, 2017.

CARRET, M. L. V. *et al*. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 79-106, 2011.

CENTENO, M. M.; KAHVECI, K. L. Transitional care models: preventing readmissions for high-risk patient populations. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 589-597, 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ccell.2014.08.009.

CHALMERS, S.; MIN, S. J. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. **JAMA Intern Med**, v. 1, n. 166, p. 1822-28, 2006. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933. Acesso em: 13 set. 2021.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. *et al*. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 15, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/35rJdG3LQCPN7SQnZSc8c5G/abstract/?lang=pt. Acesso em: 2 ago. 2021.

CIETO, B. B.; GARBUIO, D. C.; CAMARGO, V. B.; NAPOLEÃO, A. A. Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 3, p. 752-57, 2014. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/960. Acesso em: 13 set. 2021.

COELHO, M. F. *et al*. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p.770-777, jul./ago. 2010.

COLEMAN, E. A. *et al*. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 2, n.1, p. 1 – 9, 2002.

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**, Malden, v. 52, n. 11, p. 1817-1825, Nov. 2004.

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, 2001.

COLEMAN, E. A. *et al*. The care transitions intervention - results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine Journal**, Denver, v. 166, no. 17, p. 1822-1828, 2006.

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, no. 4, p. 549-555, 2003.

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**, Malden, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2007.

CORBETT, C. F. *et al*. Nurse identified hospital to home medication discrepancies: implications for improving transitional care. **Geriatric Nursing**, St. Louis, v. 31, n. 3, p. 188-196, 2010.

CORDEIRO, P.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, jul. 2018. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000146.

COSTA, M. F. B. N. A. *et al*. Transição do cuidado da pessoa idosa internada para o domicílio: implementação de melhores práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, 2020. Supl. 3.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, e Educação**, Botucatu, v. 24, 2020.

CRANNAGE, A. J. *et al*. Implementation of a discharge education program to improve transitions of care for patients at high risk of medication errors. **The Annals of Pharmacotherapy**, Thousand Oaks, v. 54, n. 6, p. 561-566, 2020. DOI: https://doi.org/10.1177/1060028019896377.

DALEY, C. M. A hybrid transitional care program. **Critical Pathways in Cardiology**, Hagerstown, v. 9, n. 4, p. 231-234, 2010. DOI: https://doi.org/10.1097/HPC.0b013e3182018838.

DAWALIBI, N. W. *et al*. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf. Acesso em: 04 ago. 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, p. 7151-7159, Dec. 2013. Special number. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12387/15149. Acesso em 04 ago. 2021.

DELISLE, D. R. A review of hospital-based programs targeted to reduce readmissions. **Professional Case Manager**, Philadelphia, v. 18, no. 6, p. 273-283, Nov./Dec. 2013.

DENG, A.; YANG, S.; XIONG, R. Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: a randomized controlled trial. **Clinical Rehabilitation**, London, v. 34, n. 4, p. 524-532, 2020. DOI: https://doi.org/10.1177/0269215520905041.

DONAHO, E. K. *et al*. Protocol-driven allied health post-discharge transition clinic to reduce hospital readmissions in heart failure. **Journal of The American Heart Association**, Oxford, v. 4, n. 12, p. e002296, 2015. DOI: https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002296.

DUSEK, B.; PEARCE, N.; HARRIPAUL, A.; LLOYD, M. Care transitions a systematic review of best practices. **Journal of Nursing Care Quality**, Hagerstown, v. 30, n. 3, p. 233-239, 2015.

FERNANDES, M. S. *et al*. Aspectos éticos, jurídicos e metodológicos na pesquisa envolvendo o uso de álcool e outras drogas. *In*: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; BONI, R. B. **Uso de bebidas alcóolicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p. 24-31.

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. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9.

FOX, M. R. *et al*. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. **BioMed Central Geriatrics**, London, v. 13, n. 70, 2013.

FUJI, K. T.; ABBOTT, A. A.; NORRIS, J. F. Exploring care transitions from patient, caregiver, and health-care provider perspectives. **Clinical Nursing Research**, Newbury Park, v. 22, n. 3, p. 258-274, 2013.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a19v21n2.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

GARCIA, A. K. A.; FONSECA, L. F.; ARONI, P.; GALVÃO, C. M. Strategies for thirst relief: integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 6, p. 1148-1155, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0317.

GHENO, J. *et al*. Morbimortalidade hospitalar de idosos com insuficiência cardíaca conforme as regiões brasileiras. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2021.

GOLDANI, A. M. “Ageism” in Brazil: what is it? who does it? what to do with it?. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 27, n. 2, p. 385-405.27. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/DfvmdJWBWvKRFgcTTdZCCdM/?lang=en. Acesso em 05 set. 2021.

GOMIDE, M. F. S. *et al*. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, 2012.

GRAHAM, C. L.; IVEY, S. L.; NEUHAUSER, L. From hospital to home: assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. **The Gerontologist**, Cary, v. 49, n. 1, p. 23-33, 2013.

GRAY, C. S. *et al*. Building a digital bridge to support patient-centered care transitions from hospital to home for older adults with complex care needs: protocol for a co-design, implementation, and evaluation study. **JMIR Research Protocols**, Toronto, v. 9, n. 11, p. e20220, 2020.

HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; Santana, R.F. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare enferm.**, v. 25, p.e72849, 2020. Disponível em: http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849. Acesso em 07 set. 2021.

HEIM, N. *et al*. The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. **Age Ageing**, Oxford, v. 45, n. 5, p. 643-651, 2016. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/afw098.

HOLDEN, R. J. *et al*. Know thy eHealth user: development of biopsychosocial personas from a study of older adults with heart failure. **International Journal of Medical Informatics**, Shannon, v. 108, p. 158-167, 2017.

HORWITZ, L. I. *et al*. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 173, n. 18, p. 1715-1722, out. 2013.

HUANG, C., *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet,** v. 395, p. 497-506, 2020. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext. Acesso em 05 set. 2021.

HUCKFELDT, P. J. *et al*. Evaluation of a multicomponent care transitions program for high-risk hospitalized older adults. **Journal of The American Geriatrics Society**, Malden, v. 67, n. 12, p. 2634-2642, 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.16189.

HULLEY S. B. *et al*. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do município de Piracicaba**. 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/piracicaba/panorama. Acesso em: 04 ago. 2021.

ISELER, J.; FOX, J.; WIERENGA, K. Performance improvement to decrease readmission rates for patients with a left ventricular assist device. **Progress in Transplantation**, Aliso Viejo, v. 28, n. 2, p. 184–188, 2018. https://doi.org/10.1177/1526924818765820.

JIA-MEI, L. *et al*. Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. **International Journal of Nursing Sciences**, Beijing, v. 1, n. 2, p. 157-164, 2014. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.05.004.

KIND, A. J. *et al*. Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA hospital. **Health Affairs (Millwood)**, Bethesda, v. 31, n. 12, p. 2659-2668, 2012. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0366.

KIRBY, S. E. *et al*. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, n. 6, 2010.

KOPRIVNIK, S. *et al*. Improving patient safety through a pharmacist-led medication reconciliation programme in nursing homes for the elderly in Spain. **International Journal of Clinical Pharmacy**, Dordrecht, v. 42, n. 2, p. 805-812, 2020.

LAGO, L. M. *et al*. Itinerário terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1283-1291, 2010. Supl.1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/nRRNs7vkw7jRYT6tGT6NgRH/?lang=es&format=pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

LAMANNA, J. B. *et al*. Early and intermediate hospital-to-home transition outcomes of older adults diagnosed with diabetes. **The Diabetes Educator**, Thousand Oaks, v. 42, n. 1, p. 72-86, 2016.

LI, J. M. *et al.* Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease**. International Journal of Nursing Sciences**, 2014. DOI: 10.1016/j.ijnss.2014.05.004.

LINDBLOM, S. *et al*. Perceived quality of care transitions between hospital and the home-a cross sectional study. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 18, 2018.

LLOYD-SHERLOCK, P.; *et al.* Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **BMJ**. Disponível em: https:// doi.org/10.1136/bmj.m1052. v. 368, p. m1052, 2020. Acesso em 01 set. 2021.

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, p. 94, 2013. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-94.

LOVELACE, D. *et al*. A patient-centered transitional care case management program: taking case management to the streets and beyond. **Professional Case Management**, Philadelphia, v. 21, n. 6, p. 277-290, 2016. DOI: https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000158.

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, v. 1, p. e0168757, 2017. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168757.

LOW, L. L. *et al.* Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. **BMC Health Services Research**, London*,* v. 15**,** n. 100, 2015. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0750-2.

MALTA, D. C. *et al*. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

MARINS, A. M. F. *et al*. A saúde da pessoa idosa no contexto da pandemia pelo coronavírus: considerações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 10, p. 3789-3789, 2020.

MARQUES, L. F.G.; ROMANO-LIBER, N. S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23 n. 4, p. 1431-1444, out./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1431.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

MARTINS, B. *et al*. Fatores associados à qualidade de vida de idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 25, 2021.

MCLEOD, J. *et al*. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. **Musculoskeletal Care**, London, v. 12, no. 1, p. 13-21, Mar. 2013.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2019.

MIRANDA, D. *et al*. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e as consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 31 jul. 2021.

MIXON, A. S.; GOGGINS, K.; BELL, S. P.; VASILEVSKIS, E. E.; NWOSU, S.; SCHILDCROUT, J. S.*;* KRIPALANI, S. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. **Journal of Hospital Medicine**, Parsippany, v. 11, n. 9, p. 603–609, 2016. DOI: https://doi.org/10.1002/jhm.2572.

MOREIRA, M. L. **Readmissões nos sistemas de serviços hospitalares no Brasil**. 2010. 159 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-155750/publico/MoreiraMLDoutorado2010.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

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. DOI: https://doi.org/10.1111/jnu.12210.

MURPHY, J. A. *et al*. Implementation of a cardiac transitions of care pilot program: a prospective study of inpatient and outpatient clinical pharmacy services for patients with heart failure exacerbation or acute myocardial infarction. **Journal of Pharmacy Practice**, Thousand Oaks, v. 32, n. 1, p. 68-76, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/0897190017743129.

NAYLOR, M. D. *et al*. High-value transitional care: translation of research into practice. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 19, n. 5, p. 727-733, 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01659.x.

NAYLOR, M. D. *et al*. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. **Journal of The American Geriatrics Society**, Malden, v. 52, n. 5, p. 675-684, 2004. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x. Erratum *in*: Journal of The American Geriatrics Society, Malden, v. 52, n. 7, p. 1228, 2004.

NAYLOR, M. D.; KEATIN, S. A. Transitional care: moving patients from one care setting to another. **American Journal of Nursing**, New York, 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: 04 ago. 2021.

NAYLOR, M. D.; SOCHALSKI, J. A. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream. **The Commonwealth Fund**, New York, v. 103, p. 1-12, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21053533/ . Acesso em: 04 ago. 2021.

NEU, R. *et al.* Impact of pharmacist involvement in heart failure transition of care. **The Annals of Pharmacotherapy**, Thousand Oaks, v. 54, n. 3, p. 239-246, 2020. DOI: https://doi.org/10.1177/1060028019882685.

NUNES, V. M. de A., *et al.* COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência. Natal: **EDUFRN**. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28754. Acesso em 02 set. 2021.

O'DONNELL, R. *et al*. The effectiveness of transition interventions to support older patients from hospital to home: a systematic scoping review. **Journal of Applied Gerontology**, Thousand Oaks, p. 0733464820968712, 2020.

OLIVEIRA, A. N. S. *et al.* O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 5, n. 2, p. 3601-3607, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2006>. Acesso em: 31 jul. 2021.

OLIVEIRA, G. N. *et al*. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-9, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Comissão da OMS pede ação urgente contra doenças crônicas não transmissíveis**. Brasília, DF: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa - envelhecimento e saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2018.

ORNSTEIN, K. *et al*. To the hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. **Journal of The American Geriatrics Society**, Malden, v. 59, n. 3, p. 544-551, 2011. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03308.x.

PERROTTA, F. *et al*. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. **Aging Clinical and Experimental Research**, Milano, v. 32, n. 8, p. 1-10, 2020.

PIRACICABA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. 2017. Disponível em: http://saude.piracicaba.sp.gov.br/institucional/ppa-plano-plurianual/. Acesso em: 09 ago. 2021.

POFFO, M. R.; ASSIS, A. V.; FRACASSO, M.; LONDERO FILHO, O. M.; ALVES, S. M. M.; BALD, A. P. *et al*. Profile of patients hospitalized for heart failure in Tertiary Care Hospital. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 189-198, May/Jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170044.

POWERS, B. W.; MILSTEIN, A.; JAIN, S. H. Delivery models for high-risk older patients: back to the future? **Jama**, v. 315, n. 1, p. 23-24, 2016.

PROVENCHER, V.; CLEMSON, L.; WALES, K. *et al.* Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. **BMC Geriatrics**, London, v. 20, p. 84, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494-3. Acesso em: 14 jul. 2021.

QUINALHA, J. V.; CORRER, C. J. Tools for assessing the pharmacotherapy of the elderly: a review. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 13, n. 3, p. 487-99, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a14v13n3.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

RABELO, L. P. O. *et al*. Perfil de idosos internados em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 293-300, 2010.

ROBELIA, P. M.; KASHIWAGI, D. T.; JENKINS, S. M.; NEWMAN, J. S.; SORITA, A. Information transfer and the hospital discharge summary: national primary care provider perspectives of challenges and opportunities. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 30, n. 6, p. 758-765, 2017. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170194.

ROBERTSON, F. C. *et al*. Transitional care services: a quality and safety process improvement program in neurosurgery. **Journal of Neurosurgery**, Charlottesville, v. 128, n. 5, p. 1570-1577, 2018. DOI: https://doi.org/10.3171/2017.2.JNS161770.

ROBINSON, T. E. *et al*. Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults. **Australasian Journal of Ageing**, Melbourne, v. 34, n. 4, p. 269-274, 2015. DOI: https://doi.org/10.1111/ajag.12232.

RODELA, T., *et al.* Economic impacts of coronavirus disease (COVID-19) in developing countries. **SocArXiv**, 2020. (Working Paper Series). Disponível em: https://osf.io/preprints/socarxiv/wygpk/. Acesso em 02 set. 2021.

RODRIGUES, A. I. G. *et al*. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 1, p. 13-24, 2015.

SANTOS, M. A. S.; OLIVEIRA, M. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; NUNES, M. L.; MALTA, D. C.; MOURA, L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 389-398, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000300389&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 maio 2019.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde. c2010. Disponível em: https://www.cross.saude.sp.gov.br/. Acesso em: 10 set. 2021.

SEADE. **Seade Municípios**. Disponível em: https://municipios.seade.gov.br/. Acesso: 23 jun. 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.

SHADMI, E.; ZISBERG, A.; COLEMAN, E. A. Translation and validation of the care transition measure into hebrew and arabic. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, no. 2, p. 97-102, abr. 2009.

SHAMJI, H. H. *et a*l. Improving the quality of care and communication during patient transitions: best practices for urgent care centers. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, OakBrook Terrace, v. 40, n. 7, p. 319-324, 2014.

SHU, C. C. *et al.* Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. **BMC Medicine**, London, v, 9, n. 96, 2011. DOI: https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-96.

SIQUEIRA, D. S. *et al*. Caracterização dos pacientes atendidos com crise hipertensiva num hospital de pronto socorro. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 5, p. 27-36, 2015.

STAUFFER, B. D. *et al*. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: a prospective study with concurrent controls. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 171, n. 14, p.1238-1243, 2011. DOI: https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.274.

TAKAHASHI, P. Y. *et al*. Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population. **Healthcare (Amsterdam)**, Amsterdam, v. 4, n. 1, p. 30-35, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.06.006.

TESTON, E. F.; SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; MARCON, S. S. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 330-337, 2016. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300005.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The care transitions intervention**: health care services for improving quality and safety during care hand -offs. Aurora: CTP, 2014.

THEME FILHA, M. M. *et al*. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 83-96, 2015.

TOLES, M. *et al*. Connect-home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 65, n. 10, p. 2322-2328, 2017.

UNITED NATIONS. **Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons**. Disponível em: https://www. un.org/development/desa/ageing/wp-con tent/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Old er-persons.pdf. Acesso em 04 set. 2021.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**., v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017. Acesso 9 Setembro 2021.

VALCARENGHI, R. V. *et al*. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 68, n. 4, p. 705-712, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400705&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2021.

VALENTE, S. H. et al. Problemas relacionados a medicamentos na transição de idosos do hospital para casa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 345-353, 2019.

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. DOI: https://doi.org/10.1111/1747-0080.12511.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WARREN, C.; LEMIEUX, A. A.; PHOENIX, B. N. Excellence in population health: a successful community-based care transitions program model. **Professional Case Management**, Philadephia, v. 24, n. 1, p. 39-45, 2019. DOI: https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000303.

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://pdfs.semanticscholar.org/792b/2be624d046b424d249fd0ad6cb691f02825d.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, Bogotá, v. 19, n. 4, 2019.

WEE, S. L. *et al*. Effectiveness of a national transitional care program in reducing acute care use. **Journal of The American Geriatrics Society**, Malden, v. 62, n. 4, p. 747-753, 2014. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.12750.

WONG, A. K. C. *et al*. Effectiveness of a health-social partnership program for discharged non-frail older adults: a pilot study. **BMC Geriatrics**, London, v. 20, n. 1, p. 339, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-020-01722-5.

WONG, F. K. *et al*. Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. **Heart**, London, v. 102, n. 14, p. 1100-1108, 2016. DOI: https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308638.

WONG, F. K.; YEUNG, S. M. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 619-631, 2015. DOI: https://doi.org/10.1111/hsc.12177.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Director General's opening remarks at the media briefing on COVID 19**. Disponível em: https://www.who.int/dg/ speeches/detail/who-director-general-sopening-remarks-at-the-media-briefing-oncovid-19-11-march-2020. Acesso em 02 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of care**. Geneva: WHO, 2016. 25 p. (Technical series on safer primary care). Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsess ionid=3ED86A00E36C0BBA60B1BD333898FB04?sequence=1. Acesso em: 04 ago. 2021.

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. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217535.

ZHANG, W. Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang. **PoloBooks**, São Paulo, 2020.

ANEXO

ANEXO 1 - Versão adaptada do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Nome do paciente:_____Data:_____

Quem participou da entrevista? ( ) Paciente ( ) Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período em que você estava no hospital...

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre os objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família e/ou cuidador para decidir ***quais*** seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família e/ou cuidador para decidir ***onde*** as minhas necessidades de saúde seriam atendidas, depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital.

4. Quando eu saí do hospital, tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

6. Quando eu saí do hospital, entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

7. Quando eu saí do hospital, recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

8. Quando eu saí do hospital, compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...

12. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o ***motivo*** de tomar cada um dos meus medicamentos.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente ***como*** tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis ***efeitos colaterais*** de cada um dos meus medicamentos.

Discordo Muito	**Discordo**	**Concordo**	**Concordo Muito**	**Não sei/não me lembro/não se aplica**

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de Identificação e Caracterização do participante

Participante nº: ____ Data da coleta: ___/___/____

Sexo: ( ) M ( ) F

Data de nascimento:

Município de Residência:

Número de pessoas que moram na casa:

Estado Civil:( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) outro _____

Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós-graduação _____

Ocupação:_____

Diagnóstico por CID-10: _____

Medicamentos utilizados para o tratamento:

Possui alguma comorbidades associadas? ( ) Sim ( ) Não. Quais?

Duração da última internação:

APÊNDICE B – Acordo de utilização de produto

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 55 16 3315 3381 Fax 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br eerp@usp.br

ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTO

Ribeirão Preto, 22 de outubro de 2019

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para utilização do instrumento criado por (COLEMAN, et al, 2002), e adaptado e validado a cultura brasileira por Aline Marques Acosta em sua tese de doutorado, orientada pela Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (ACOSTA; LIMA; et al, 2017).

O instrumento será utilizado no projeto de pesquisa intitulado **"Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde"**, supervisionado pela Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP/USP.

A sua utilização será no âmbito nacional, sem fins comerciais, com garantia que será explicitado claramente no estudo a autoria do instrumento validado no Brasil.

Cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, todas as partes envolvidas assinam este acordo:

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto
Pesquisadora responsável pela utilização do Produto
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima
Autora do instrumento adaptado para o Brasil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Aline Marques Acosta
Autora do instrumento adaptado para o Brasil
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – DEMISP
Fone: 55 16 3315.3391 – 16 3315.3466
misp@eerp.usp.br

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 55 16 3315 3381 Fax 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br eerp@usp.br

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; MARQUES, G. Q.; LEVANDOVSKI, P. F.; WEBER, L.A. F. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. Int Nurs Rev., v. 64, n. 3, p. 379-387, set, 2017.

COLEMAN, E. A. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. International Journal of Integrated Care, v. 2, n. 1, 2002.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Bom dia/tarde/noite, Sr.(a)_____.

Meu nome é Marina Tomazela, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Esta ligação tem o propósito de convidá-lo(a) a participar voluntariamente da primeira etapa de uma pesquisa intitulada "Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde", com o objetivo avaliar a transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de hospitais para casa em serviços de saúde brasileiros no contexto da RAS. Serão lidas perguntas sobre sua experiência com o processo de alta hospitalar e será utilizada uma ficha de identificação, com as seguintes informações: idade, sexo, grau de escolaridade, número de internações que o Sr.(a) teve no último ano e número de consultas que o Sr.(a) realizou na atenção básica no último ano. Ao aceitar participar deste estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador, e, portanto, a ligação será gravada e as informações obtidas serão mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas. O tempo de duração aproximada desta etapa da pesquisa é de 20 minutos. Algumas pessoas serão contatadas posteriormente para agendamento de uma entrevista destinada a realização de novas perguntas relacionadas ao tema proposto, caracterizando a segunda etapa desta pesquisa. 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, bem como aumento da satisfação do usuário do serviço. Os riscos deste estudo podem ser: invasão de privacidade, para evitar isto, nos comprometemos a 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 daremos outro destino às informações que você nos fornecerá; tomada de tempo para responder o questionário, sendo que, caso ocorra, a entrevista será interrompida e remarcada para nova data de escolha do participante; e desconforto para responder sobre algum item, sendo que, caso ocorra, tem a liberdade de se recusar a responder quais quer perguntas.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem a liberdade de se recusar a responder quaisquer perguntas e de não aceitar fazer parte do estudo, sem que isto acarrete em quaisquer prejuízos em futuros atendimentos na unidade. Caso haja surgimento de dano de efeito moral, como na quebra do sigilo, apesar de todos os cuidados tomados para que isso jamais ocorra, você tem direito à indenização, conforme as leis vigentes no País. Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber quaisquer esclarecimentos quanto a dúvidas sobre assuntos relacionados ao estudo. Caso necessário, o contato com a pesquisadora responsável pelo estudo Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto é pelo telefone (16) 3315-3395, pelo e-mail ionecarv@eerp.usp.br ou pelo endereço da EERP-USP, na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário, sala 109 ou pelo telefone do Comitê de

Ética em Pesquisa da EERP/USP (16 3315 9197), que funciona de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas). Este documento possui duas vias iguais, as quais serão assinadas pela pesquisadora responsável e por você, sendo que uma das vias ficará com você e outra com a pesquisadora. E, estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa.

Ao final do estudo você terá contribuído para a avaliação da transição do cuidado, sendo de grande utilidade para os serviços de saúde.

A partir destas considerações, você aceita participar deste estudo?

( ) Sim ( ) Não

PREENCHIMENTO PELO PESQUISADOR:

Participante nº__

Data da coleta: __/__/___

APÊNDICE D – Carta de apresentação para coleta de dados

Bom dia/tarde/noite, Sr(a)_____.

Meu nome é Marina Tomazela, sou pesquisadora da Escola de Enfermagem da USP. Estou ligando para convidá-lo (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada “Transição do Cuidado do Hospital para Casa: a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde”, trata-se do meu projeto de pesquisa e tem como objetivo avaliar a transição do cuidado de pacientes com doença crônicas que tiveram alta do hospital para casa em serviços de saúde brasileiros no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

Caso o Sr(a) aceite participar do estudo, estarei lendo um documento formal o qual constará os benefícios da pesquisa, bem como possíveis riscos, além dos seus direitos e informações éticas e de contato. Após leitura do documento formal, ocorrerá a aplicação de um questionário que contém 15 perguntas sobre o processo de alta durante sua última internação.

Todo o processo de leitura do documento e aplicação do questionário pode tomar em torno de 20 minutos do seu tempo, portanto, podemos agendar o melhor dia ou horário para realização da coleta.

Lembrando que, o Sr(a) tem o direito de se recusar a participar desta pesquisa sem que isso acarrete em quaisquer prejuízos em futuros atendimentos na unidade.

O Sr.(a) aceita participar deste estudo?

( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 047/2020, de 27/02/2020

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 268ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de fevereiro de 2020.

Protocolo CAAE: 28295020.2.0000.5393

Projeto: Transição do cuidado de usuários com doenças crônicas não transmissíveis do hospital para o domicílio

Pesquisadores: Marina Tomazela
Ione Carvalho Pinto (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.
Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP