



Percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa

Perceptions of hospitalized older adults regarding the transition of care from hospital to home

Silvia Helena Valente¹ 
Fabiana Costa Machado Zacharias¹ 
Luciana Aparecida Fabriz² 
Tatiele Estefâni Schönholzer³ 
Denise Ferro¹ 
Ione Carvalho Pinto¹ 

Resumo

Objetivo: analisar as percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa. **Método:** pesquisa com abordagem qualitativa, descritivo-exploratória, realizada em unidade de internação clínica de hospital público, médio porte, no interior do estado de São Paulo, Brasil. Participaram 22 pessoas idosas, por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas por questões fundamentadas nos pilares do *Care Transition Intervention*. Posteriormente, foi realizada observação participante no local do estudo, com registro em diário de campo e transcrição das falas. Seguiram-se análise temática e sistematização dos dados por meio de *software* específico para análise de dados qualitativos. **Resultados:** a média de idade dos participantes foi de 68 anos (DP±5,4); 16 (77%) possuíam uma ou mais doenças crônicas; 14 (64%) faziam uso de um ou mais medicamentos de uso contínuo. O Código Internacional de Doenças principal de internação foi covid-19. A média de permanência de internação foi de 9 dias (DP±5,7), com máximo de 31 dias e mínimo de dois dias, sendo que quatro (18%) tiveram a forma grave da doença. A partir da percepção das pessoas idosas, emergiram quatro temas de análise: problemas relacionados a medicamentos; preparo para alta hospitalar; continuidade do cuidado; e rede familiar. **Conclusão:** na perspectiva das pessoas idosas, faz-se necessário a organização do plano de cuidados durante a internação por meio de reconciliação medicamentosa, preparo para os cuidados domiciliares, presença da família durante a internação e reconhecimento da Atenção Primária à Saúde na continuidade do cuidado durante a transição do cuidado do hospital para casa.

Palavras-chave: Cuidado de Transição. Idoso. Alta Hospitalar. Continuidade da Assistência ao Paciente.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Foz do Iguaçu, Programa de Pós-graduação, Saúde Pública em Região de Fronteira. Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo, Curso de Medicina. Toledo, PR, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Silvia Helena Valente
silviavalente@alumni.usp.br

Recebido: 08/08/2023
Aprovado: 19/03/2024

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of older adults hospitalized regarding the transition of care from hospital to home. **Method:** A qualitative, descriptive-exploratory research was conducted in a clinical inpatient unit of a medium-sized public hospital in the interior of São Paulo state, Brazil. Twenty-two older adults participated in the study through semi-structured interviews, guided by questions based on the pillars of the Care Transitions Intervention (CTI). Subsequently, participant observation was conducted at the study site, with recording in a field diary and transcription of speeches. Thematic analysis and data systematization followed through specific software for qualitative data analysis. **Results:** The mean age of the participants was 68 years ($SD\pm 5.4$); 16 (77%) had one or more chronic diseases; 14 (64%) were using one or more continuous medications. The primary International Classification of Diseases code for hospitalization was Covid-19. The average length of hospital stay was 9 days ($SD\pm 5.7$), with a maximum of 31 days and a minimum of two days, with four (18%) experiencing severe disease. From the perception of older adults, four themes of analysis emerged: medication-related problems; preparation for hospital discharge; continuity of care; and family network. **Conclusion:** From the perspective of older adults, it is necessary to organize the care plan during hospitalization through medication reconciliation, preparation for home care, family presence during hospitalization, and recognition of Primary Health Care in continuity of care during the transition from hospital to home care.

Keywords: Transition of care. Older Adults. Hospital Discharge. Continuity of Patient Care.

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. Está associada a um conjunto de ações destinadas a assegurar a continuidade da assistência à saúde nas transferências de pacientes entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou de um serviço de saúde para cuidados domiciliares e autocuidado^{1,2}.

A TC inclui arranjos logísticos, comunicação, educação em saúde e engloba atividades relacionadas à preparação de alta, ao acompanhamento dos medicamentos, à rede social e comunitária, ao gerenciamento dos sintomas após a alta e ao acompanhamento nos serviços ambulatoriais^{1,2}.

A estratégia para o desenvolvimento de TC bem-sucedida compreende um plano abrangente de cuidados, realizado por profissionais de saúde treinados, com a finalidade de assegurar a coordenação do cuidado na transferência de pacientes entre diversos serviços de saúde e interfaces entre cuidados primários especializados, hospitalares e comunitários^{3,4}.

A TC é especialmente importante para idosos com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, pois, geralmente, recebem cuidados em vários pontos da RAS e se movimentam com frequência em ambientes de assistência; dessa forma, estão mais vulneráveis à descontinuidade do cuidado^{5,6}.

As transferências inadequadas entre serviços de saúde de pessoas idosas podem estar associadas a eventos adversos e baixa satisfação com o cuidado. Quando há falhas na TC do hospital para casa, pode ocorrer aumento da mortalidade e morbidade; atrasos no recebimento do tratamento; atendimentos adicionais de saúde; exames duplicados ou perdidos; readmissões não planejadas; sofrimento emocional e físico; e insatisfação do paciente, cuidadores, familiares e profissionais envolvidos na coordenação do cuidado⁵⁻⁷.

No período da pandemia de covid-19, com o aumento do número de internações de pessoas idosas, os problemas relacionados com TC do hospital para casa podem ter aumentado, ao considerar sobrecarga do sistema de saúde e desvio da atenção para atendimentos de urgência e emergência⁸.

A organização de práticas de TC seguras na RAS, com foco na população idosa, pode favorecer a redução de tempo de internação, prevenir readmissões hospitalares e diminuir custos para o Sistema Único de Saúde¹⁻⁷.

Nessa perspectiva, elaborou-se a seguinte pergunta de investigação: quais as percepções de pessoas idosas internadas sobre a TC do hospital para casa? O objetivo foi analisar tais percepções das pessoas idosas internadas em um hospital público do interior de São Paulo.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em unidade de internação clínica de adultos de hospital público, médio porte, referência para 26 municípios, no interior de São Paulo, Brasil. Essa unidade assistencial contava com 42 leitos de internação na fase de coleta de dados no período de 22 de março a 27 de maio de 2021.

Participaram pessoas idosas internadas com Código Internacional de Doenças infecção por coronavírus de localização não especificada, considerando que a coleta de dados ocorreu durante a segunda onda de covid-19, no ano de 2021. Foram tomadas todas as medidas de precaução recomendadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição, para que não houvesse risco de transmissão do vírus.

Os participantes foram identificados pela pesquisadora principal, por meio de visita na unidade de internação e consulta em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), com base nos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ter previsão de alta registrada em prontuário médico; ter condições e manifestar interesse em participar da entrevista por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Foi preenchido o formulário para caracterização da pessoa idosa contendo dados sobre idade, sexo, estado civil, escolaridade, diagnóstico principal de internação, tempo de diagnóstico e doenças crônicas pré-existentes.

O convite para participar da pesquisa foi realizado por enfermeira, pesquisadora principal do estudo, por contato direto, durante a internação, no dia previsto para alta hospitalar, com a presença ou não de acompanhantes, seguido da entrevista.

Optou-se pela técnica de entrevista, com utilização de roteiro semiestruturado contendo questões fundamentadas nos pilares do *Care Transition Intervention (CTI)*: registro centrado no paciente; autogerenciamento dos medicamentos; acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) e especializada; e conhecimento de eventos que sugerem piora do estado de saúde. Essas questões permitiram aos participantes discorrer sobre o tema de forma reflexiva, articulada com suas vivências durante a internação hospitalar⁹.

As questões que nortearam a entrevista foram:

1. Como foi a sua internação neste hospital?
2. Como será quando chegar em casa?
3. O(A) senhor(a) recebeu alguma orientação relacionada à alta hospitalar até este momento da internação?
4. O(A) senhor(a) sabe quais os medicamentos que irá tomar em casa quando receber alta? Se sim, de que forma o(a) senhor(a) vai tomar?
5. O(A) senhor(a) tem alguma consulta de acompanhamento agendada no ambulatório de especialidade ou no posto de saúde?
6. O(A) senhor(a) sabe em quais situações deve procurar novamente o serviço de saúde?
7. O(A) senhor(a) tem algum cartão de saúde, com informações sobre sua situação de saúde?

Para aprimoramento do roteiro norteador, realizaram-se três entrevistas piloto (descartadas do estudo), as quais foram relevantes para adaptação da linguagem ao perfil dos participantes e refinamento de habilidades na aproximação das vivências das pessoas idosas geradas durante a internação¹⁰.

Foram realizadas 25 entrevistas, sendo 22 consideradas válidas para a análise dos dados. Três foram descartadas, duas por dificuldade de transcrição das falas (tom de voz baixo) e uma por dificuldades relacionadas a circunstâncias familiares.

Quatro acompanhantes, presentes no momento da entrevista, participaram do estudo de forma complementar, com informações referentes à saúde e internação das pessoas idosas.

As entrevistas foram gravadas em áudio, em aparelho *smartphone*, com duração média de 22 minutos. Foram transcritas após cada entrevista, preservando a fidedignidade das falas. A coleta de dados foi finalizada quando as entrevistas foram consideradas suficientes para responder ao objetivo proposto, por não apresentarem novas reflexões sobre a temática e os dados se tornarem repetitivos¹¹.

Posteriormente às entrevistas, foi realizada observação participante, norteadas por roteiro, com base no referencial conceitual da pesquisa. As impressões e percepções foram registradas sistematicamente em diário de campo, ao final de cada atividade, a fim de compor material para análise dos dados. Os dados coletados nessa etapa foram submetidos à análise em conjunto com as entrevistas, e contribuiu para compreensão mais aprofundada do local do estudo, assim como para maior entendimento das falas das pessoas idosas sobre a TC.

Os dados foram analisados, conforme proposta da análise temática, nas seis fases: a. Familiarização com os dados, devendo-se alcançar profundidade e amplitude do conteúdo por meio da leitura repetida, procura por significados e padrões nas falas; b. Definição de códigos iniciais, identificando-se as características dos dados (conteúdo semântico ou latente) que podem ser consideradas em relação ao fenômeno; c. Pesquisa de temas, envolvendo triagem dos diferentes códigos em temas potenciais; d. Revisão de temas, ocorrendo revisão dos extratos codificados e refinamento dos temas; e. Denominação de temas, com refinamentos finais e denominação dos títulos dos temas; f. Produção do relatório, quando se tem o conjunto de dados totalmente trabalhados, realizando-se análise final e escrita do relatório de forma coerente e lógica¹².

A sistematização dos dados ocorreu com auxílio de *software* específico para análise de dados qualitativos, e, ao final, foi construído quadro analítico para síntese dos resultados. As pessoas idosas foram identificadas com a letra "I", referente a idoso, e número sequencial pela ordem cronológica da coleta de dados.

A pesquisa seguiu a Resolução n.º. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, sob Parecer n.º. 4.368.291 e CAAE: 36391420.8.0000.5393, respeitando as normas de protocolo respiratório previstos durante a pandemia de covid-19.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente [Silvia Helena Valente].

RESULTADOS

Participaram das entrevistas 22 pessoas idosas, sendo 16 (73%) do sexo feminino e seis (27%) do sexo masculino. A média entre as idades foi de 68 anos (DP±5,4). Quatorze (63%) são casadas, seis (27%), viúvas, uma (5%), divorciada, e uma (5%), em união estável. Uma pessoa idosa referiu ser analfabeto (5%); 10 (45%) relataram ter ensino fundamental incompleto; seis (27%) relataram ter ensino fundamental completo; dois (9%) relataram ter ensino médio incompleto; um (5%) relatou ter superior incompleto; um (5%) relatou ter superior completo; e um (5%) relatou ter pós-graduação.

Dezessete (73%) pessoas idosas possuíam uma ou mais doenças crônicas, sendo hipertensão arterial sistêmica mais frequente, seguida de diabetes mellitus. Sobre o uso de medicamentos, 14 (64%) usavam um ou mais medicamentos de uso contínuo e, dessas, três (14%) usavam mais de quatro medicamentos em casa.

A média de permanência de internação foi de nove dias (DP±5,7), sendo que quatro (18%) tiveram a forma grave da doença, com máximo de 31 dias e mínimo de dois dias.

Na análise dos dados, emergiram quatro categorias temáticas consonantes com os pilares do CTI (Problemas relacionados a medicamentos; Preparo para alta hospitalar; Continuidade do cuidado; e Rede familiar), constituídas por oito subtemas, conforme apresentado na Figura 1.

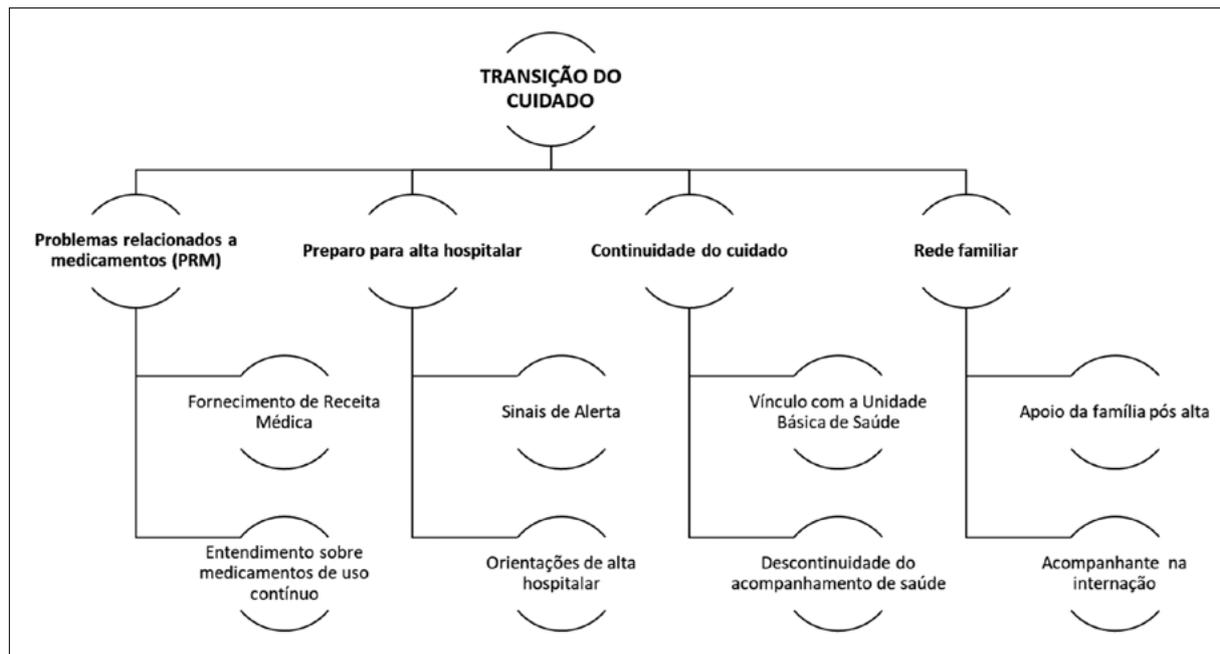


Figura 1. Temas e subtemas da transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. São Paulo, SP, Brasil, 2021.

Problemas relacionados a medicamentos

A compreensão sobre medicamentos a serem utilizados em casa pela pessoa idosa pode ser considerada um aspecto importante na TC e destaque no referencial conceitual da pesquisa.

Sobre os medicamentos de uso contínuo, alguns participantes verbalizaram conhecimento daqueles utilizados anteriormente à internação.

“Eu sei. O remédio da pressão, que é o losartana, e o da tireoide, que é para controlar.” (I 2)

“Eu tomo carvedilol manipulado. Aqui estou tomando normal.” (I 5)

Outros mostraram dificuldades para descrever quais medicamentos utilizados diariamente.

“Para lembrar do nome, é duro...” (I 7)

“Não lembro, sei que é 10 mg. [...] eu sei que não é muito forte, porque não chega a ser aquela pressão.” (I 16)

Durante a observação participante, foi possível identificar que há registro sobre os medicamentos de uso contínuo em prontuário, em especial na admissão médica. De qualquer forma, trata-se de registro isolado, sem registro em plano terapêutico da reconciliação medicamentosa (RM).

Sobre a RM na alta hospitalar, os participantes expressaram fragilidades nas orientações da equipe, o que refletiu nas dificuldades de compreensão sobre quais medicamentos serão continuados após alta hospitalar.

“Eu não sei se estas caixinhas de remédios são para levar. Estão aqui na minha gaveta (mesa de apoio beira leito).” (I 5)

“Eu preciso de algum medicamento ou não? (Dúvidas sobre o que irá tomar em casa).” (I 9)

Uma pessoa idosa reforçou que, apesar de a orientação sobre RM não ter ocorrido até a alta, ela continuará usando os mesmos medicamentos de antes da hospitalização.

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

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

“Então, eu não sei se vai manter os que estão lá em casa. O médico falou que iria ver isso, se vai mudar alguma coisa.” (I 19)

“Tem bastante remédio lá, mas não sei o que vai poder tomar agora (Medicamentos de uso contínuo deixados em casa).” (I 12)

Na observação participante, ao acompanhar o ato da alta hospitalar, foi possível identificar que as orientações são realizadas de forma rápida, não ultrapassando cinco minutos, o que pode impactar as orientações referentes ao uso de medicamentos em casa.

Também foram realizadas consultas aos prontuários após a alta dos entrevistados, e houve a confirmação de que, para esses pacientes, ocorreu prescrição apenas de medicamentos relacionados ao tratamento da doença principal de internação sem abranger registro dos medicamentos de uso contínuo.

Preparo para alta hospitalar

A preparação da pessoa idosa e família durante a TC é considerada um pilar estratégico no CTI e tem como objetivo aumentar a capacidade de autogerenciamento, minimizar a busca por atendimentos de saúde desnecessários e prevenir (re)internações hospitalares futuras.

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

“Não, não falaram nada ainda (Sobre orientações de alta).” (I 2)

“Não (Sobre orientações de alta). O médico veio e falou que já estou de alta. A enfermeira falou que iria voltar porque agora eu estou com acesso, então acho que ainda volta.” (I 14)

Na entrevista, foram evidenciadas dúvidas sobre os cuidados pós-alta:

“Eu vou fazer uma pergunta para você: “Vou ter que ficar de máscara dentro de casa?”” (I 6)

“E demora essa recuperação para eu começar a trabalhar, fazer alguma coisa?” (I 9)

Quando as pessoas idosas foram questionadas sobre sinais de alerta que indicam piora do estado de saúde, após alta hospitalar, a maioria não foi capaz de elaborar respostas precisas sobre a gestão do estado de saúde:

“Que Deus me dê a graça de não ir mais. Eu quero chegar em casa e me recuperar direitinho, me cuidar bem, as meninas (filhas) cuidar de mim direitinho.” (I 4)

“Eu acredito que vai dar tudo certo, na mão de Deus.” (I 6)

Alguns participantes sinalizaram, de forma inespecífica, busca por ajuda do serviço de saúde no caso de alguma alteração, o que pode favorecer visitas desnecessárias aos serviços de urgência e emergência:

“Se tiver que ir... se for obrigado a ir, fazer o quê, não é? Tem que ir...” (I 4)

“Se a gente não estiver bem, já tem que procurar, agora não sei o motivo porque tem tantos.” (I 10)

A observação participante também apontou fragilidades na organização da equipe para preparação de alta das pessoas idosas e sua família, evidenciadas por ausência de plano terapêutico no PEP, assim como falta de protocolo para guiar a prática assistencial.

Continuidade do cuidado

O acompanhamento na APS em tempo oportuno pós-alta hospitalar é aspecto importante a ser considerado na TC e base conceitual do estudo. Os entrevistados relatam vínculos estabelecidos com a Unidade Básica de Saúde de referência, o que pode favorecer a continuidade do cuidado do hospital para RAS.

“Lá eles são muito bons com a gente. Toda semana, elas passam, elas procuram para ver como a gente está (Sobre atendimentos na UBS de Referência). [...] no posto, eles deixam tudo certinho. Eu vou para reunião também. De três em três meses, tem reunião para pegar remédio (Grupo de Hipertensão na Unidade Básica de Saúde).” (I 4)

“Eu fiz exame de mama, o que mais que eu fiz? Sei que fiz alguns exames. [...] papanicolau. [...] imagina, não faz nem um ano que eu fiz (Sobre acompanhamento de saúde).” (I 10)

Os participantes, apesar de relatarem vínculo com serviços de saúde, destacaram que, durante a pandemia de covid-19, houve descontinuidade no acompanhamento da doença crônica:

“Por causa desse covid, eu marco a cada seis meses e vou. Agora, eu, em casa, a hora que melhorar, que estiver tudo normal, vou procurar o cardiologista, fazer um ecocardiograma. [...] ah... Já faz tempinho... [...] bem antes da covid, acabei não voltando mais (Sobre o acompanhamento da doença crônica).” (I 2)

“Eu tinha marcado para levar os exames de rotina, colesterol, essas coisas, mas eles desmarcaram por causa da pandemia, então estão atendendo mais os casos de covid. Esses outros ficaram para depois, que não têm tanta urgência. [...] esse ano eu tinha marcado para abril, acho que para dia 24. Eles ligaram desmarcando porque estavam iniciando as vacinas.” (I 22).

Rede de apoio familiar

A família, de acordo com o referencial conceitual utilizado neste estudo, desempenha papel central na garantia de qualidade e segurança na TC. Nesse

sentido, as pessoas idosas internadas destacaram a importância do suporte familiar nos cuidados pós-alta.

“Muita emoção, uma filha minha mora em Hortolândia. A outra mora aqui; na alta, ela que vai vir buscar. Com certeza, vai querer me levar lá (casa da filha).” (I 16)

“O marido vai cozinhar para mim. [...] ele (Referindo-se ao neto acompanhante), creio que vai cuidar de mim, porque, se ficar doente, vou cuidar dele.” (I 21)

Por outro lado, também houve falas sobre a dificuldade do auxílio familiar no cuidado pós-alta.

“Está trabalhando, não pode me ajudar (Sobre a filha).” (I 16)

“Eles têm os afazeres (Sobre membros da família). Ele não sabe muito dessas coisas, mas ele ajuda um pouquinho. Ele tenta fazer o melhor, mas não tem muito jeito, não (Sobre o marido).” (I 26)

DISCUSSÃO

O entendimento das pessoas idosas sobre o uso de medicamentos durante a admissão, internação e alta apontou para problemas relacionados a medicamentos na TC do hospital para casa, evidenciados nas falas pela dificuldade na descrição dos medicamentos de uso contínuo, utilizados antes da internação e pelo déficit de compreensão daqueles prescritos para casa.

Estudos apontam que pessoas mais velhas estão mais vulneráveis aos problemas com medicamentos, uma vez que o envelhecimento altera o efeito dos fármacos nos órgãos e tecidos, prejudicando a farmacocinética e a farmacodinâmica. Além disso, devido à alta prevalência de doenças crônicas e comorbidades nessa população, ela transita com frequência em diferentes serviços de saúde e fica mais exposta a falhas no gerenciamento de medicamentos pelos profissionais de saúde¹³⁻¹⁵.

A falta de compreensão dos medicamentos a serem continuados em casa pode estar associada a dificuldades no autogerenciamento de medicamentos pós-alta e desencadear reações adversas, interações medicamentosas e resistência aos medicamentos,

levando à procura por atendimentos de urgências, internações hospitalares, complicações do estado de saúde e até mesmo óbito¹³⁻¹⁵.

A maioria dos participantes apresentava uma ou mais doença crônica, usava um ou mais medicamentos e demonstrava dificuldades para entender os medicamentos a serem continuados em casa. Ainda assim, a receita médica fornecida na alta hospitalar dizia respeito apenas a medicamentos relacionados ao tratamento da doença principal de internação, sem abranger os de uso contínuo.

Pesquisas assinalam que profissionais de saúde dos hospitais possuem importante função na terapia medicamentosa utilizada pela pessoa idosa durante hospitalização, alta e TC. Ressaltam que programas de reconciliação podem evitar dificuldades na autogestão de medicamentos em casa¹⁵⁻¹⁷.

Há evidências científicas de como o preparo intra-hospitalar, planejamento de alta (PA) e fortalecimento da comunicação podem evitar problemas de autogestão de medicamentos em casa; a eficácia dessas ações pode melhorar ainda mais quando são combinadas com estratégias de acompanhamento domiciliar^{14,18}.

Ainda que alguns participantes tenham identificado ações da equipe assistencial direcionadas para o preparo da alta hospitalar, a maioria das falas das pessoas idosas apontou para dificuldades de compreensão sobre os cuidados a serem realizados em casa, sejam eles de maior ou menor complexidade, o que indicou falhas de educação em saúde e déficit de comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.

No que se refere ao preparo para alta hospitalar, a educação em saúde e a promoção da autonomia do paciente podem ser consideradas essenciais para uma TC qualificada e devem fazer parte do PA^{2,4,19}.

Há recomendações de que o PA deve iniciar na admissão hospitalar, para garantir que o paciente deixe o hospital no momento apropriado e com organização adequada das necessidades pós-alta¹⁹⁻²¹. Entretanto, observa-se que, na prática, o processo realizado diante da alta se apresenta de forma desorganizada e a atuação da equipe limita-se à retirada de dispositivos invasivos e fornecimento de orientações simplórias e gerais sobre o estado de saúde, o que pode favorecer

descontinuidade do tratamento, visitas frequentes ao pronto atendimento e reinternações hospitalares^{5,6}. Nesse sentido, a ausência de um documento norteador da prática sobre o tema na instituição pode dificultar a sistematização do cuidado. Autores destacam que os protocolos podem ser recursos importantes para guiar as práticas assistenciais, bem como sua qualidade²²⁻²⁴.

Para aperfeiçoar a TC do idoso do hospital para casa, pesquisadores recomendam: elaboração de um plano de cuidados centrados na pessoa idosa; garantia da segurança do paciente por meio de RM no processo de admissão, internação e alta; unificação do processo de alta com entrega de relatórios estruturados; e comunicação precisa entre diferentes níveis de atenção à saúde^{5,6,19,20}.

A continuidade do cuidado na APS foi tema relevante que emergiu na fala dos participantes e pode ser importante recurso para solucionar problemas enfrentados por pessoas idosas pós-alta hospitalar. Isso é corroborado por alguns autores, ao definirem a continuidade como ações de saúde planejadas, integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde, tendo a atenção básica como coordenadora e ordenadora do cuidado durante as transferências dos pacientes^{25,26}. Estudos enfatizam que as práticas de continuidade da assistência dependem da comunicação efetiva entre todos os atores sociais envolvidos, da articulação dos saberes e informações para atender à singularidade dos usuários. Portanto, é no contexto das interações sociais e compreensão das ações humanas que se dá a continuidade do cuidado^{27,28}.

Destaca-se que, como a pesquisa foi realizada durante a segunda onda de covid-19 no Brasil, os participantes apontaram para descontinuidade no acompanhamento de saúde e atrasos nos atendimentos da APS e mudanças na rotina dos serviços de saúde quanto ao seguimento da doença crônica. Pesquisas apontam para perdas e atrasos de atendimentos de saúde durante a pandemia, o que levou ao adiamento do tratamento das doenças crônicas²⁹.

A paralisação dos atendimentos das condições crônicas durante a pandemia de covid-19 na APS, a desassistência provocada pelas restrições de acesso e o medo em buscar os serviços de saúde podem ter aumentado a gravidade das doenças e

instabilizado quadros clínicos, antes controlados e acompanhados. Nesse sentido, faz-se necessária revisão de políticas de saúde para pessoas idosas com foco em projeção de cenários futuros relacionados a novas emergências sanitárias⁴.

Sobre a rede de apoio familiar durante as TC do hospital para casa, os participantes reforçaram a importância dos familiares na reabilitação pós-alta. Pesquisas apontam que pessoas idosas com múltiplas condições crônicas são menos capazes de se envolver e participar de seus próprios cuidados e, frequentemente, necessitam de cuidadores familiares para reabilitação pós-alta hospitalar^{2,30}.

No Brasil, a família da pessoa idosa com alguma dependência assume o cuidado, informalmente, em mais de 90% dos casos. Apesar da magnitude de seu papel na facilitação dos cuidados de saúde, esses cuidadores familiares, muitas vezes, realizam as atividades de cuidado sem o preparo necessário e sem o apoio dos membros da equipe de saúde^{31,32}. Estudo que explorou experiências de cuidadores familiares durante cuidados de transição de pessoas com diabetes e condições crônicas concomitantes identificou dois temas relevantes na pesquisa referentes à transição insegura (alta não planejada, comunicação inadequada, falta de atendimento pós-alta e equipe de saúde indisponível) e esforço erosivo (carga financeira, estresse psicológico, exaustão física e falta de rede de apoio). Os achados apontaram para a importância de elaborar um plano de alta e preparar os cuidadores familiares para TC³³.

Nessa perspectiva, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam a diversidade de situações familiares nas quais os idosos estão inseridos, bem como entendam a complexidade que envolve a TC do hospital para casa na perspectiva do cuidador. Assim, cientes desses desafios, é recomendado que trabalhem em colaboração com as famílias, por meio de ações que avaliem suas perspectivas e necessidades, fomentando tomadas de decisões compartilhadas sobre os planos de cuidados do idoso, por meio de relações recíprocas e respeitadas. Destaca-se a importância de políticas e programas de apoio à saúde dos idosos, as quais podem desempenhar um papel fundamental na garantia da continuidade do cuidado e do suporte necessário durante a fase crítica de TC do hospital para casa^{8,30-33}.

A pesquisa possui como limitação o fato de ser desenvolvida em uma região do interior de São Paulo, na segunda onda da pandemia de covid-19, quando as restrições sanitárias impostas podem ter dificultado o acesso às pessoas idosas internadas. Nessa perspectiva, sugerem-se novos estudos em outros períodos e localidades do Brasil.

CONCLUSÃO

A TC requer plano de cuidados durante a internação composto por RM, preparo para os cuidados domiciliares, envolvimento da família durante a internação, processo de alta e reconhecimento da APS na continuidade do cuidado.

O estudo possibilitou analisar lacunas do cuidado prestado pelos profissionais de saúde na transição de pessoas idosas do hospital para casa, o que aponta para a necessidade de elaborar protocolo de TC que possa instrumentalizar a prática assistencial à saúde, sustentada nos pilares da segurança e qualidade do cuidado.

AUTORIA

- Silvia Helena Valente: Concepção e desenho da pesquisa, Obtenção de dados, Análise e interpretação dos dados, Redação do manuscrito.
- Ione Carvalho Pinto: Concepção e desenho da pesquisa e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.
- Fabiana Costa Machado Zacharias: Obtenção de dados, Análise e interpretação dos dados, Redação do manuscrito.
- Luciana Aparecida Fabríz: Análise e interpretação dos dados, Redação do manuscrito.
- Denise Ferro: Redação do manuscrito.
- Tatiele Estefâni Schönholzer: Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

Editado por: Michele Souza e Souza

REFERÊNCIAS

1. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm* [online]. 2020[acesso em 18 dez 2023];41(spe). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
2. Sousa LS, Pontes MLF, Pereira RR, Leite MAP, Vila Nova FAL, Monteiro EA. Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo. *Acta Paul Enferm* [online]. 2023[acesso em 18 dez 2023];36. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ar03631>
3. Buikstra E, Strivens E, Clay-Williams R. Understanding variability in discharge planning processes for the older person. *Safety Sci* [online]. 2020[acesso em 18 dez 2023];121:137-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.08.026>
4. Lee JY, Yang YS, Cho E. Transitional care from hospital to home for frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs* [online]. 2022[acesso em 18 dez 2023];43:64-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.003>
5. Lenaghan NA. Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatr Nurs* [online]. 2019[acesso em 18 dez 2023];40(2):148-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.07.005>
6. Hunt-O'Connor C, Moore Z, Patton D, Nugent L, O'Connor T, Avsar P. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag* [online]. 2021[acesso em 18 dez 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13409>
7. Ferreira OMR, Baixinho CL. Strategies to implement the safe hospital-community transition and mitigate hospital readmissions. *Rev Cien Saúde* [online]. 2021[acesso em 18 dez 2023];11(1):2-3. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i1.1120>
8. Naylor MD, Hirschman K, Mccauley K. Meeting the transitional care needs of older adults with covid-19. *J Aging Soc Policy* [online]. 2020[acesso em 18 dez 2023];32(4-5):387-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>
9. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Internal Med* [online]. 2006[acesso em 18 dez 2023];166(17):1822-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
10. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.244p. ISBN:85-89697-06-1
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saude Publ* [online]. 2008[acesso em 18 dez 2023];24(1):17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>
12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [online]. 2006[acesso em 18 dez 2023];3(2):77-101. Disponível em: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
13. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Drug-related problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Rev Bras Enferm* [online]. 2019[acesso em 18 dez 2023];72(suppl 2):345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>
14. Mortelmans L, Goossens E, Dilles T. Beliefs about medication after hospital discharge in geriatric patients with polypharmacy. *Geriatr Nurs* [online]. 2022 [acesso em 18 dez 2023];43:280-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.007>
15. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc* [online]. 2021 [acesso em 18 dez 2023];96(1):242-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.012>
16. Aljasmí F, Almalood F, AlAnsari A. Prevalence of medication errors in primary health care at Bahrain Defence Force Hospital – prescription-based study. *Drug, Healthc Patient Saf* [online]. 2018 [acesso em 18 dez 2023];10:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/dhps.s147994>
17. Costa JM, Silva KL. Pharmaceutical counter-referencing in the transition care process: experiences of health professionals in a teaching hospital . *Rev Enferm Cent Oeste Min* [online]. 2021[acesso em 18 dez 2023];11. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3942>
18. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [online]. 2017[acesso em 18 dez 2023];20(1):11-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>

19. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, Chaudhry H, Kim SW, Saunders J, 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. *JAMA* [online]. 2019[acesso em 18 dez 2023];322(14):1371. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11982>
20. Eggen AC, Jalving M, Bosma I, Veenhuis DJ, Bosscher LJ, Geerling JI, et al. A methodology to systematically analyze the hospital discharge of terminally ill patients. *Medicine* [online]. 2018[acesso em 18 dez 2023];97(46):e12953. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012953>
21. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE, Carlos DM, Pires MEL, Valente SH, et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. *Rev Bras Enferm* [online]. 2023[acesso em 18 dez 2023];76(6):e20220772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772>
22. Engle RL, Mohr DC, Holmes SK, Seibert MN, Afbale M, Leyson J, et al. Evidence-based practice and patient-centered care: doing both well. *Health Care Manag Rev* [online]. 2019[acesso em 18 dez 2023];46(3). Disponível em: <http://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000254>
23. Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. *REME*[online]. 2018[acesso em 18 dez 2023];22:e-1087. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905215?lang=en>
24. Vieira TW, Sakamoto VTM, Moraes LC, Blatt CR, Caregnato RCA. Validation methods of nursing protocols: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [online]. 2020[acesso em 18 dez 2023];73:(Suppl 5).Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
25. Freitas LFC, Moreira DA, Brito MJM. The continuity of care from the perspective of the being cared for. *Cogitare Enferm* [online]. 2014 [acesso em 18 dez 2023]; 19(4):694-700. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.35993>
26. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli P Neto, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm* [online]. 2018[acesso em 18 dez 2023];71(1):546-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
27. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto & contexto* [online]. 2018[acesso em 18 dez 2023];27(2):e4250016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07020180004250016>
28. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate* [online]. 2022[acesso em 18 dez 2023];46:551-70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46n133/551-570/>
29. Gonzalez D, Karpman M, Kenney GM, Zuckerman S. Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the covid-19pandemic. Washington: The Urban Institute [online]; 2021[acesso em 02 fev 2024]. Disponível em: <https://www.urban.org/research/publication/delayed-and-forgone-health-care-nonelderly-adults-during-covid-19-pandemic>
30. Aires M, Fuhrmann AC, Mocellin D, Pizzol FLFD, Sponchiado LF, Marchezan CR, et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. *Rev Gaucha Enferm* [online]. 2020[acesso em 18 dez 2023];41(Spe):e20190156. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
31. Garbaccio JL, Tonaco LAB. Characteristics and difficulties of informal caregivers in assisting elderly people. *Rev Fund Care Online*[online]. 2019[acesso em 18 dez 2023];11(3):680-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>
32. Arruda MS, Macedo MNGF, Ottaviani AC, Nunes DP, Cardoso JFZ, Santos KC, et al. Correlation of family functionality and burden of informal caregivers of hospitalized older adults. *Rev Gaucha Enferm* [online]. 2022[acesso em 18 dez 2023];43:e20210081. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210081.en>
33. Nikbakht-Nasrabadi A, Mardanian-Dehkordi L, Taleghani F. Abandonment at the transition from hospital to home: family caregivers' experiences. *Ethiopian J Health Sci* [online]. 2021 [acesso em 18 dez 2023];31(3). Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/207624>