



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Mayara Marta Rodrigues

**CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO DO
HOSPITAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Florianópolis

2024

Mayara Marta Rodrigues

**CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO DO
HOSPITAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de doutorado, submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria Alvarez

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Rodrigues, Mayara Marta
CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO DO
HOSPITAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Mayara Marta
Rodrigues ; orientador, Angela Maria Alvarez,
coorientador, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa,
2024.

187 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado transicional. 3. Idoso. 4.
Continuidade da Assistência ao Paciente. 5. Alta do
paciente. I. Alvarez, Angela Maria . II. Costa, Maria
Fernanda Baeta Neves Alonso da . III. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
IV. Título.

Mayara Marta Rodrigues

Continuidade do cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para a Atenção Primária à Saúde

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa . Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa . Larissa Chaves Pedreira Silva, Dra.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS)

Profa . Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que está é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Insira neste espaço a
assinatura digital

Profa. Angela Maria Alvarez, Dra.
Orientadora

Florianópolis
2024

Dedico este trabalho, com todo meu amor, aos
meus pais (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é a Deus e por muitos motivos. Pelo dom da vida, por nunca me deixar desistir e por suas infinitas bênçãos. Com Deus tudo é possível e dia após dia ele foi me agraciando para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço aos meus filhos, meus meninos, minhas inspirações, motivos do meu sorriso! Obrigada queridos por existirem na vida da mamãe, por me permitirem desfrutar desse amor puro e verdadeiro, por fazer meu coração transbordar de amor, por tornar minha vida mais leve. Sem dúvidas, vocês são e sempre serão a realização do maior sonho da minha vida. Tão pequenos, tão pacientes com os estudos da mamãe, tão incríveis!

Agradeço ao meu marido, eu nem sei como te agradecer por tanto companheirismo. Aquele que sempre me motivou, sempre se esforçou para que eu pudesse manter meus estudos e sempre acreditou em mim. Eu amo você!

Agradeço aos meus avós (Agapito- *in memorian*, Nelci, Helcio e Marisa- tão queridos e generosos comigo por toda minha vida.

Agradeço a minha família por toda compreensão e estímulo nesse período.

Agradeço ao meu sogro e minha sogra, meu irmão, minha tia Andreia e meus primos Adriely e Diego pelas incansáveis vezes que nos ajudaram com as crianças, sempre com muito amor e carinho. Sem vocês esse momento não seria possível.

Agradeço minha orientadora Angela Maria Alvarez obrigada por tudo. Reitero minha admiração e carinho por você. Obrigada por todo auxílio desde o mestrado, eu aprendi muito com você e tenho muito orgulho de tê-la como orientadora nessa jornada.

Agradeço minha coorientadora Maria Fernanda, você foi fundamental nessa jornada desde o início, sempre muito ágil, carinhosa e enriquecendo esse trabalho com toda sua expertise na temática.

Agradeço minha coorientadora Maria Fernanda, você foi fundamental nessa jornada desde o início, sempre muito ágil, carinhosa e enriquecendo esse trabalho com toda sua expertise na temática.

Agradeço as minhas amigas do colégio e da faculdade, presentes que a vida me deu, que tanto me apoiaram. Em especial, minha amiga Huiana por ser incansável em partilhar comigo tantos momentos nessa jornada.

Agradeço minhas colegas do HU da Clínica Médica e Hemodinâmica.

Agradeço aos enfermeiros da unidade que participaram desse momento tão importante para mim e para a melhoria da qualidade do cuidado na nossa instituição.

Agradeço aos pacientes e familiares que com muito carinho e atenção aceitaram fazer parte de todas as etapas dessa pesquisa.

Agradeço aos meus colegas do grupo Gespi, o quanto eu aprendi e vivi momentos bons nesse grupo de pesquisa!

Agradeço aos colegas, professoras e colaboradores do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, pela parceria, ensinamentos e troca de experiências ao longo do doutorado.

Agradeço ao HU UFSC pela oportunidade do desenvolvimento da pesquisa.

E, por fim a todos aqueles que me auxiliaram neste período.

RODRIGUES, Mayara Marta. **Continuidade do cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para a Atenção Primária à Saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024. 187p.

RESUMO

A Continuidade do Cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, no decorrer do tempo, em diferentes sentidos na rede de atenção à saúde; seus benefícios estão relacionados com a melhoria da satisfação entre os pacientes, efetivação da articulação das redes de atenção à saúde, redução dos custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis. **Objetivo:** Promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial, realizada com 30 idosos e seus familiares/cuidadores e sete enfermeiros de uma unidade de clínica médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A pesquisa teve como referencial teórico a teoria das Transições de Afaf Ibraim Meleis. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2023, por meio de cinco etapas: identificação dos idosos hospitalizados com necessidade de continuidade do cuidado, avaliação, capacitação das demandas identificadas, realização da contrarreferência para Atenção Primária e acompanhamento após alta hospitalar através de teleconsultas. A análise dos dados subjetivos ocorreu conforme os passos descritos pela Pesquisa Convergente Assistencial enquanto os dados objetivos foram analisados de maneira descritiva simples. As questões éticas cursaram todo processo de investigação e obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. **Resultados:** A partir das etapas identificação e avaliação foram conhecidas as necessidades de atenção à saúde dos pacientes, as quais puderam ser associadas a condições facilitadoras e inibitórias no processo de transição e permitiram o direcionamento das ações de planejamento da alta. Para a etapa de capacitação foi elaborado material educativo voltado às necessidades de cuidado pós-alta hospitalar da pessoa idosa. As principais demandas foram referentes à necessidade de identificação dos sinais de alerta, cuidados com medicações, alimentação, prevenção de lesão por pressão e quedas e cuidados com lesões/curativos. A contrarreferência foi realizada através do contato prévio a alta com a Unidade Básica de Saúde do paciente para agendamento de consulta na APS, *e-mail* de contrarreferência e entrega de documentos relacionados à hospitalização, entre eles o plano de cuidados para alta. Não se obteve sucesso na contrarreferência de todos os participantes visto a dificuldade de contato/comunicação com as unidades básicas referência do paciente. Por fim, o acompanhamento via teleconsulta possibilitou o esclarecimento de dúvidas em tempo oportuno contribuindo para evitar a busca desnecessária da emergência, continuidade do cuidado na APS e em outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como o conhecimento de dificuldades enfrentadas no retorno ao domicílio pós-alta hospitalar. **Considerações finais:** As ações para promover a transição e a continuidade do cuidado na APS, a exemplo do planejamento da alta, são possíveis de serem implementadas no ambiente hospitalar desde que elaboradas e pensadas de maneira que possa ser incorporada à prática assistencial. Quando iniciadas precocemente e voltadas às necessidades de cuidado da pessoa idosa favorecem a transição segura ao domicílio, a manutenção da saúde da pessoa idosa reduzem o risco de reinternações e idas à emergência e evita que o indivíduo se perca na malha assistencial por descontinuidade dos serviços.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Continuidade da Assistência ao Paciente. Cuidado Transicional. Alta do paciente.

RODRIGUES, Mayara Marta. **Continuity of care for elderly people in the transition from hospital to Primary Health Care.** Thesis (Doctorate in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2024. 187p.

ABSTRACT

Continuity of Care involves planned, coordinated and integrated health actions, over time, in different directions in the health care network; its benefits are related to improved patient satisfaction, effective coordination of health care networks, reduced costs and a reduction in avoidable hospital admissions. **Objective:** Promote Continuity of Care for elderly people in the transition from hospital to Primary Health Care. **Method:** This is a Convergent Care Research, carried out with 30 elderly people and their family members/caregivers and seven nurses from a medical clinic unit in a University Hospital in the South of Brazil. The research had as a theoretical reference the theory of Transitions by Afaf Ibraim Meleis. Data collection took place between the months of January and June 2023, through five stages: identification of hospitalized elderly people in need of continuity of care, assessment, training of identified demands, carrying out counter-referral to Primary Care and follow-up after hospital discharge through teleconsultations. The analysis of subjective data occurred according to the steps described by the Convergent Care Research while objective data was analyzed in a simple descriptive way. Ethical issues covered the entire investigation process and approval was obtained by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina. **Results:** From the identification and assessment stages, patients' health care needs were known, which could be associated with facilitating and inhibiting conditions in the transition process and allowed the direction of discharge planning actions. For the training stage, educational material was prepared aimed at the post-hospital care needs of elderly people. The main demands were related to the need to identify warning signs, care with medications, nutrition, prevention of pressure injuries and falls and care for injuries/dressings. Counter-referral was carried out through pre-discharge contact with the patient's Basic Health Unit to schedule an appointment at PHC, counter-referral email and delivery of documents related to hospitalization, including the care plan for discharge. There was no success in counter-referring all participants due to the difficulty in contact/communication with the patient's primary reference units. Finally, follow-up via teleconsultation made it possible to clarify doubts in a timely manner, helping to avoid unnecessary searches for emergencies, continuity of care in PHC and other points of the health care network, as well as knowledge of difficulties faced in returning to the hospital. home post-hospital discharge. **Conclusion:** Actions to promote transition and continuity of care in PHC, such as discharge planning, are possible to be implemented in the hospital environment as long as they are designed and designed in ways that can be incorporated into care practice. When started early and focused on the elderly person's care needs, they favor a safe transition to home, maintain the elderly person's health, reduce the risk of readmissions and visits to the emergency room and prevent the individual from being lost in the care network due to discontinuity of services.

Keywords: Nursing. Elderly. Continuity of Patient Care. Transitional Care. Patient discharge.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides etárias da população do Brasil e do estado de Santa Catarina no ano de 2020 e a projeção para 2050.....	26
Figura 2 – Dimensões da continuidade do cuidado.....	33
Figura 3 - Representação da teoria de médio alcance da transição	50
Figura 4 – Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades.....	59
Figura 5: Carta Convite aos enfermeiros para participação projeto de Tese, 2023.	65
Figura 6: Etapas da fase de perscrutação dos dados:.....	66
Figura 7: Ilustração de partes do livro de orientações utilizado na capacitação.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo do sistema de gestão de altas no hospital de clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR)/Brasil	39
Quadro 2 - Resumo do sistema de gestão de altas na Espanha	40
Quadro 3 - Resumo do sistema de gestão de altas no Canadá	42
Quadro 4 - Resumo do sistema de gestão de altas em Portugal.	44
Quadro 5: A transição e continuidade do cuidado da pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde, 2023.....	134
Quadro 6: Os desafios vivenciados pela instituição hospitalar e pela pessoa idosa para a transição e continuidade do cuidado.....	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da pessoa idosa hospitalizada identificada com necessidade de Continuidade do Cuidado. 2024.....	81
Tabela 2: Necessidades de atenção à saúde identificadas; Escala de Katz e Teste de Folstein das pessoas idosas hospitalizadas, 2024.....	82
Tabela 3: Condições pessoais, sociais e comunitárias das pessoas idosas hospitalizadas em um Hospital do Sul do Brasil, 2024.....	82

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Continuidade do Cuidado
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EGA	Equipe de Gestão de Altas
EHE	Enfermeiras Hospitalares de Enlace
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PCA	Pesquisa convergente assistencial
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PREALTA	Programa de Preparação de Alta Hospitalar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SGA	Serviço de Gestão de Altas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TIC	Informação e Comunicação
UFPR	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
2.2 TESE.....	24
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO.....	25
3.2 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	29
3.3 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DA CONTINUIDADE DO CUIDADO HOSPITALAR	38
3.3.1 Experiência Da Espanha.....	40
3.3.2 Experiência Canadá:.....	42
3.3.3 Experiência De Portugal.....	44
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
4.1 BREVE HISTÓRICO.....	47
4.2 A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS	48
4.2.1 Quanto A Natureza Das Transições:.....	50
4.2.2 Quanto As Condições Da Transição	53
4.2.3 Quanto Aos Padrões De Resposta.....	54
4.2.4 Terapêuticas De Enfermagem.....	55
5 METODOLOGIA	58
5.1 TIPO DE ESTUDO	58
5.2 ETAPAS DO PROJETO	61
5.2.1 Concepção- Primeira Fase.....	61
5.2.3 Perscrutação – Terceira Fase.....	72

SUMÁRIO

5.2.4	Análise Dos Dados - Quarta Fase.....	72
5.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	74
6	RESULTADOS.....	75
6.1	MANUSCRITO 1: NECESSIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO.....	76
6.2	MANUSCRITO 2: CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA ALTA HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	93
6.3	MANUSCRITO 3: A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NO PÓS-ALTA HOSPITALAR	108
6.4	MANUSCRITO 4: TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ALTA HOSPITALAR PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	128
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
	REFERÊNCIAS.....	148
	APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): IDOSO	156
	APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): Familiar/Acompanhante Do IDOSO Hospitalizado.....	158
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): ENFERMEIROS.....	160
	APÊNDICE D – IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	162
	APÊNDICE E – AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	163
	APÊNDICE F – CAPACITAÇÃO DAS DEMANDAS DE CUIDADOS PÓS ALTA HOSPITALAR.....	167

APÊNDICE G – FORMULÁRIO DE CONTRARREFERÊNCIA	169
APÊNDICE H - ACOMPANHAMENTO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO	170
APÊNDICE I – MATERIAL EDUCATIVO De CAPACITAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR.....	171

APRESENTAÇÃO

Esta tese está vinculada à linha de pesquisa Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem do Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas (GESPI) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Minha trajetória na pesquisa iniciou durante a graduação em enfermagem na UFSC como bolsista de iniciação científica (IC/CNPq), seguindo com mestrado e doutorado. Desde então, venho desenvolvendo meus estudos com olhar voltado à pessoa idosa. No mestrado pesquisei o tema da Internação de Pessoas Idosas por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP). Após a realização do meu Curso de Mestrado eu atuei como enfermeira na Atenção Primária e me interessava no cuidado à pessoa idosa, preocupando-me em relação à descontinuidade do cuidado, a falta de informações e, principalmente, as implicações que a fragmentação da assistência acarretava a vida das pessoas idosas e seus familiares.

Os resultados deste estudo aliado à minha trajetória profissional e a continuidade de minha formação com o ingresso no Curso de Doutorado levou-me a escolha da temática desta tese mobilizada pela necessidade de buscar estratégias para promover cuidados preventivos e a Continuidade do Cuidado (CC), considerando, o elevado número de internações de pessoas idosas entendidas como evitáveis e as lacunas vivenciadas na assistência direta ao paciente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao ingressar no doutorado, estava na iminência de ser chamada no concurso público para o Hospital Universitário de Santa Catarina e assim aconteceu. Além da APS, eu já havia vivenciado a experiência de atuar como enfermeira em um hospital e por três anos como docente. Essas experiências profissionais me aproximaram ainda mais do cuidado a pessoa idosa, muitas vezes, com condições crônicas e necessidades de cuidados pouco abordadas na assistência à saúde. Busquei então unir a oportunidade de trabalhar uma situação problema do hospital que atuo, o qual apresentava esporádicas e limitadas ações de transição do cuidado, com a experiência da APS, da docência e o amor pela educação permanente.

Após a escolha da temática, iniciei a busca na literatura referente a CC e, principalmente em como promover a CC. Nessa perspectiva, me aproximei também do conceito de transição do cuidado e do conceito de transição até encontrar na Teoria das Transições de Afaf Meleis, aporte teórico o qual eu precisava para desenvolver minha tese.

Além do aprofundamento teórico para o desenvolvimento da tese realizei visita ao Serviço de Gestão de Altas do Hospital de Clínicas em Curitiba, bem como fiz um curso de 40 horas online “Continuidade do Cuidado na Alta Hospitalar” oferecido pela UFPR.

Assim, foi desenvolvida a presente tese, a qual está organizada em capítulos e seus resultados seguem a Instrução Normativa 01/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC, sendo apresentados no formato de quatro manuscritos.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, vivenciamos um processo de transição demográfica, que se inicia com a redução das taxas de mortalidade e, durante esse processo ocorre também a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população, o que tem impulsionado a diversas reflexões e estudos. Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta ágil, adequada e resolutiva, que não se realizará sem a intervenção do Estado, por meio da implantação e implementação de políticas públicas. O envelhecimento populacional traz consigo problemas que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social com significativas consequências para a nossa sociedade (Santos *et al.*, 2021; Trintinaglia *et al.*, 2022; Veras, 2023).

Em 2050, a população idosa (pessoas acima de 60 anos) representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto a previsão da representação na população de crianças será de 14%, o que demonstra a brusca mudança no perfil etário do país considerando que, em 2000 havia cerca de 14,5 milhões de idosos e estes representavam 4,7% da população. Em 2022, havia aproximadamente 33,5 milhões de idosos, 15,1%, o que representa mais que o dobro de idosos comparado há duas décadas (IBGE, 2015; IBGE, 2022). A preocupação não se limita apenas ao aumento numérico dos idosos, mas também em promover o envelhecimento ativo e saudável preservando a autonomia e capacidade funcional destas pessoas (Veras; Oliveira, 2018; Veras, 2023; China *et al.*, 2021).

Embora necessária em algumas situações, a hospitalização representa risco para a saúde, especialmente para os idosos. Nessa faixa etária, as hospitalizações geralmente, estão estreitamente relacionadas a riscos de imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, desenvolvimento de comorbidades, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo de óbito (Vieira *et al.*, 2023; Martins *et al.*, 2020; Alcantara *et al.*, 2020). Estudo realizado nos Estados Unidos evidencia a complexidade da internação para a pessoa idosa. Ao menos 30% de idosos hospitalizados por doença aguda receberam alta com declínio funcional que não existia anteriormente à hospitalização (Andrade *et al.*, 2017).

O Sistema de Saúde brasileiro ainda apresenta dificuldades quanto à realização de um modelo de atenção efetivo para a integralidade do cuidado à pessoa idosa e precisa superar as barreiras para promover a continuidade do cuidado (Veras; Oliveira, 2018). A falta de compartilhamento de informações, multiplicidade de procedimentos e consultas com diferentes profissionais, polifarmácia e o atendimento pautado em uma lógica queixa-conduta

evidenciam a prática assistencial intervencionista\curativa voltada para a doença e a fragmentação do cuidado na atenção à saúde do idoso (Medeiros *et al.*, 2017; Santos; Tonhom; Komatsu, 2016; Belga *et al.*, 2022).

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram a fim de superar as limitações de um modelo de atenção fragmentado. Conceitualmente podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado com objetivo de “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”. Porém, é preciso discutir estratégias para a efetivação da RAS (Brasil, 2010, p.4).

Estudo realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil revela que, assim como a maioria dos hospitais brasileiros, não há protocolo institucional para a alta hospitalar e contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde (APS) e que a maioria dos profissionais desconhecem a RAS. Além disso, o estudo constatou que a falta de integração entre os profissionais do hospital e da APS, a inexistência de um prontuário eletrônico integrado e do enfermeiro de gestão da alta promovem a descontinuidade do cuidado (Oliveira *et al.*, 2021).

Para superar os problemas relacionados ao processo de fragmentação da assistência e suas implicações na vida da pessoa idosa, que comumente leva a internações e reinternações hospitalares, é preciso repensar a assistência alinhada aos princípios da integralidade e equidade, para assim, conseguirmos avançar em relação aos limites do sistema de atenção fragmentado existente hoje no Brasil e promover a continuidade do cuidado a pessoa idosa.

O conceito de continuidade do cuidado (CC) vem sendo amplamente discutido na literatura relacionado aos desafios em saúde, os quais demandam o acompanhamento contínuo dos usuários em diferentes pontos da RAS. É um termo de complexa definição, já que, a continuidade em si é um aspecto do cuidado vivenciado pelo usuário, ou seja, como ele experiencia o desenvolvimento de um cuidado coeso, coordenado e conectado (Santos *et al.*, 2022). Assim, optou-se por adotar o conceito da Organização Mundial de Saúde que define CC como o grau em que uma série de eventos de saúde é experienciada por pessoas como coerentes e interligados ao longo do tempo, compatíveis com as suas necessidades de saúde e preferências (Who, 2018).

São descritas na literatura algumas estratégias para promover a CC: Planejamento de alta hospitalar, elaboração e compartilhamento do resumo de alta por meios efetivos, integração dos sistemas de informação em saúde, educação continuada para os profissionais

de saúde e a presença do enfermeiro de ligação para articular a transferência de cuidados e a estabelecer uma comunicação eficaz entre serviços hospitalares e de atenção primária (Fiorenza *et al.*, 2023).

A ausência da continuidade do cuidado pós alta hospitalar, resulta, muitas vezes, em situações críticas na saúde do idoso, tais como: aumento da morbimortalidade e eventos adversos; atrasos no recebimento de tratamento adequado; frágil apoio da comunidade; maior frequência de visitas no serviço de emergência; exames duplicados ou perdidos durante o acompanhamento; readmissões evitáveis ao hospital; dor emocional e física, gerando sofrimento para os usuários, cuidadores e/ou familiares; insatisfação do paciente com a coordenação e com a CC (Hunt *et al.*, 2021; Valente *et al.*, 2019).

Países como Canadá e Portugal realizam o planejamento e acompanhamento da alta hospitalar, por meio da enfermeira de ligação, uma profissional de enfermagem que tem como objetivo assegurar CC à saúde e assim, evitar a fragmentação do cuidado tão prejudicial na saúde do idoso. Na Espanha, a enfermeira responsável por garantir a CC é denominada de *enfermeira hospitalaria de enlace*. Em síntese, nesses países as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras incluem: identificação do paciente que necessita da continuidade do cuidado, planejamento da alta hospitalar, transferência das informações entre o hospital e os demais serviços da rede de atenção à saúde (Aued, 2017).

Ao pensar no idoso hospitalizado, a CC pode ser viabilizada pela prática da alta responsável, que ocorre por meio da orientação ao paciente e seus familiares acerca da necessidade de prosseguir com o tratamento em outro local, pela articulação entre os diferentes pontos da RAS, sobretudo no seu território de origem na unidade de atenção primária. O conceito de alta responsável está descrito na Política Nacional da Atenção hospitalar:

A alta responsável consiste no processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2013).

No entanto, no contexto brasileiro, os estudos apontam que há fragilidades na implementação da alta responsável e no processo de transição do cuidado quanto à articulação entre o hospital e a atenção primária no momento da alta hospitalar. Barreiras relacionadas à

ineficiência ou ausência da contrarreferência, dificuldade de atuação intersetorial, incipiente e ineficaz planejamento da alta hospitalar, falta de inserção do familiar durante a assistência, entre outros, evidenciam, muitas vezes, a quebra da continuidade do cuidado deixando o idoso ainda mais vulnerável (Aued, 2017; Lanzoni *et al.*, 2023). A articulação proposta na alta hospitalar também não se mostra eficaz; a grande maioria dos usuários retorna para a unidade básica sem haver nenhum tipo de comunicação entre os pontos de atenção da rede (Carmo *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Estudo realizado com enfermeiros de um hospital e da APS revela fatores que dificultam a alta hospitalar: alta médica desarticulada do plano de alta responsável; problemas na comunicação entre os serviços - ausência da interação entre os profissionais da rede; falta de conhecimento de como funciona o serviço na APS e do reconhecimento dos papéis de cada serviço. Sugere-se que estratégias de aproximação e inclusão de profissionais da atenção hospitalar nas reuniões da APS e vice-versa, talvez, sanariam um desafio destacado pelos enfermeiros quanto ao reconhecimento das competências profissionais, da estrutura e das limitações dos serviços que compõem a RAS (Mauro *et al.*, 2021).

O planejamento de alta configura-se como uma ferramenta indispensável para a CC e para o olhar integral ao paciente durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar, objetivando o autocuidado continuado em seu domicílio. Os profissionais de saúde e, principalmente os da enfermagem devem iniciar, no ambiente hospitalar, as orientações necessárias para a prevenção, controle da doença, promoção e manutenção da saúde. Enfermeiros destacam-se por meio de ações voltadas à coordenação e continuidade nos diferentes níveis de atenção, o que contribui para o fortalecimento do cuidado coeso e centrado nas pessoas (Santos *et al.*, 2022).

Neste planejamento, é utilizado o plano estruturado de alta hospitalar, instrumento individualizado de acordo com as necessidades apresentadas desde os primeiros dias de internação para promover o autocuidado, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, e estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada. No plano de alta, os enfermeiros orientam o paciente e a família para a promoção do autocuidado (Oliveira *et al.*, 2021).

É importante que o plano de alta esteja organizado de forma multidimensional e englobe aspectos físicos, psicológicos, doença de base, limitações físicas e motoras, rede de apoio, terapia medicamentosa e autonomia individual e que envolva os familiares/cuidadores

do paciente, considerando as suas preferências a fim de prevenir agravamento do quadro clínico, para controle e manutenção da saúde e conseqüentemente promover melhor qualidade de vida desses pacientes (Silva *et al.*, 2022; Who, 2018; Weber *et al.*, 2017).

Revisão sistemática que avaliou a efetividade do planejamento da alta hospitalar, mostrou que o planejamento da alta traz redução da duração da internação e reduz os riscos de reinternação quando avaliada nos primeiros três meses depois da alta (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016). Diversos estudos apontam que a existência de um plano de alta padronizado na instituição melhora a qualidade dos cuidados de enfermagem e refletem em declínio no número de reinternações (Bahr *et al.*, 2020; Bernardino *et al.*, 2021; Nyweide *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2022; Teixeira; Rodrigues; Machado, 2012).

Para fundamentação teórica desta tese foi escolhida a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis ao compreender a hospitalização e o retorno ao domicílio como momentos de transição importantes na vida do idoso e suas famílias e, considerando que cada pessoa apresenta suas vivências, singularidades e modo de enfrentamento das mudanças, torna-se um desafio para os enfermeiros promoverem ações que proporcionem transições saudáveis na vida dos pacientes.

A experiência pioneira e exitosa no cenário brasileiro realizada no Hospital das Clínicas em Curitiba com a implementação do serviço de gestão de alta e das enfermeiras de ligação, e também de outros países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Portugal, em relação a continuidade do cuidado realizado pelo enfermeiro na alta hospitalar sustentam a realização desta pesquisa em um hospital universitário na região sul do Brasil (Aued *et al.*, 2019; Bernardinho *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2019; Martins *et al.*, 2018).

Desenvolver maneiras de transformação da prática, para melhorar o processo de trabalho e as condições de saúde e doença das pessoas, traz contribuições não somente para o indivíduo e sociedade, mas também para a enfermagem que através da pesquisa tem trabalhado lacunas importantes, no intuito de promover novas estratégias e melhores práticas de atenção à saúde.

Considerando os diversos benefícios da efetiva transição do cuidado, do planejamento da alta hospitalar e das competências e habilidades do enfermeiro em assumir esta função, a necessidade de promover à educação a pessoa idosa e familiar para a alta hospitalar para melhorar a de articulação entre os serviços da RAS, superar a fragmentação do cuidado, promover a continuidade do cuidado, propõe-se a seguinte questão de pesquisa:

Como promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para Atenção Primária à Saúde?

2. OBJETIVOS

Promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição de um hospital Universitário do Sul do Brasil para Atenção Primária à Saúde.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes idosos com necessidade de continuidade de cuidado pós-alta em um hospital Universitário do Sul do Brasil.
- Planejar a alta e capacitar pacientes idosos e familiares/cuidadores para os cuidados continuados necessários pós-alta hospitalar em um Hospital Universitário do Sul do Brasil.
- Realizar a contrarreferência da pessoa idosa hospitalizada em um Hospital Universitário do Sul do Brasil para a Atenção Primária à Saúde.
- Acompanhar a continuidade do cuidado de idosos após alta hospitalar em um hospital Universitário do Sul do Brasil.

2.2 TESE

A transição e a continuidade do cuidado à pessoa idosa incorporados à prática assistencial no ambiente hospitalar quando iniciadas precocemente e voltadas às necessidades de cuidado da pessoa idosa, favorecem a transição segura ao domicílio, a manutenção da saúde, reduzindo o risco de reinternações e idas à emergência, de maneira a prevenir a descontinuidade da atenção nos serviços de saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem o propósito de apresentar uma revisão narrativa da literatura que contempla os seguintes itens: 3.1) A pessoa idosa e a hospitalização; 3.2) Rede de Atenção em Saúde no Brasil e a Continuidade do Cuidado e 3.3 Experiência exitosas para continuidade do cuidado hospitalar.

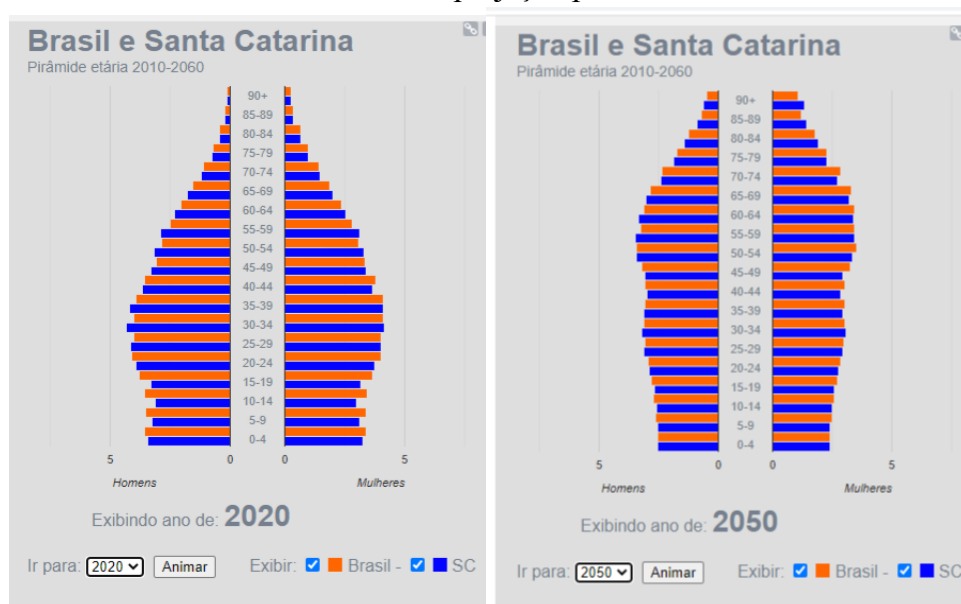
3.1 A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde considera-se idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento (como o Brasil), e 65 anos nos países desenvolvidos (Who, 2002).

Em 2022, a expectativa de vida ao nascer no Brasil é de 77 anos, 80 anos para mulheres e 73 anos para homens. Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total. As projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14% (IBGE, 2015; IBGE, 2022).

As pirâmides etárias abaixo ilustram a população do Brasil e do estado de Santa Catarina no ano de 2020 e a projeção para 2050. Frente a esta realidade, cabe aos serviços de saúde, planejamento para prover medidas que absorvam as demandas dessa crescente população, garantindo o direito a integralidade, previsto na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Consequentemente ao aumento do número de idosos, acarreta o aumento dos gastos com saúde, uma vez que, os idosos são a parcela da população que mais oneram financeiramente o sistema de saúde (IBGE, 2022).

Figura 1 - Pirâmides etárias da população do Brasil e do estado de Santa Catarina no ano de 2020 e a projeção para 2050.



Fonte: IBGE, 2018

Gestores e trabalhadores dos sistemas de saúde devem compreender o fenômeno do envelhecimento, de modo a planejar, organizar, implantar e desenvolver ações e serviços na RAS, além de produzir articulações com as demais redes de serviços e dispositivos que afetam as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (as chamadas redes intersetoriais), visando à coordenação do cuidado, redução de custos e otimização de recursos em todo o sistema (Veras, 2023; Brasil, 2018).

No SUS, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Já em 2006, foi descrito nessa política como desafio: “a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio”.

No documento “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral”, o Ministério da Saúde reafirma a PNSPI e estabelece os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, programas e serviços dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas. São eles: o

trabalho em rede; a integração entre os diferentes pontos de atenção; a identificação dos pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica e na especializada e a importância da articulação intersetorial (Brasil, 2014).

As diretrizes também se referem, a implementação da linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS e pontua que, apesar das normativas e as diretrizes anteriormente publicadas, muitos desafios ainda permanecem. Considerado alguns avanços, as pessoas idosas e suas peculiaridades permanecem muitas vezes invisibilizadas, gerando a sobrecarga dos serviços de saúde especializados, em especial das urgências e emergências, com agravos muitas vezes evitáveis que poderiam ser solucionados na atenção primária (Brasil, 2018).

Estudo avaliou as internações de idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no estado de Santa Catarina e obteve como causas mais prevalentes: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cerebrovasculares. As internações por CSAP representaram 41% das internações de idosos no período do estudo, porém são demandas de saúde que deveriam ser atendidas pela atenção primária, porta de entrada e base do sistema de saúde brasileiro, cujo desfecho, quando há falta de atenção resolutiva ocasiona em hospitalização (Rodrigues *et al.*, 2019). Com resultado semelhante, o estudo de Juttel Knabben *et al.*, (2022) encontrou que 34,19% todas as internações de idosos no Brasil no período de 2000 a 2018 foram por CSAP.

No período prévio a internação, há elevada frequência de consultas médicas e busca recente por serviços de saúde. Assim, é preciso refletir sobre a qualificação e o acompanhamento continuado dos idosos em condição que pré-dispõe a hospitalização, em especial na atenção primária, como oportunidade para realização ações que previnam reinternações desnecessárias (Bordin *et al.*, 2018; Salmazo *et al.*, 2022).

A prática do cuidado no sistema de saúde permanece fragmentada, com dificuldades para organizar as ações de modo a beneficiar a saúde integral. Contribuem para esse cenário, a escassez de equipes multiprofissionais com conhecimento necessário em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; a insuficiência de estruturas de cuidado intermediário e de serviços de cuidado domiciliar; a existência de profunda desigualdade social, étnico-racial e de gênero; bem como o maior ou menor acesso à RAS (Brasil, 2018).

Frente ao aumento do número de idosos, origina-se um novo perfil epidemiológico, que, apesar da velhice não significar doença, é sabido que os idosos possuem uma maior

susceptibilidade para o adoecimento, tendo como consequência a maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, as multimorbidades, limitações funcionais, fatores os quais, implicam uma perspectiva de cuidado de longa duração e acarretam para os sistemas de saúde, seja público ou de assistência suplementar demandas crescentes por procedimentos de média e alta complexidade, por serviços de reabilitação e constituem representativa parcela das hospitalizações (Admi *et al.*, 2015).

Para a pessoa idosa a hospitalização é complexa e está diretamente relacionada ao aumento da vulnerabilidade e restrição da sua autonomia, já que, estão em um cenário com suas normas definidas e diferentes da sua rotina habitual, vivenciam repouso prolongado no leito e passam a conviver com pessoas que não fazem parte da sua estrutura social. A hospitalização é seguida, geralmente, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. Está frequentemente associado ao aumento da dependência do idoso, à diminuição da autonomia, assim como a elevação do risco para quedas, para institucionalização e para morte prematura. (Admi *et al.*, 2015; Araujo *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2018; Salmazo *et al.*, 2022).

São fatores de risco associados à hospitalização: aqueles com autopercepção negativa da saúde; internação hospitalar prévia, procura recente de serviço de saúde, frequência aumentada de consultas médicas no último ano; diabéticos; doença cardiovascular, com limitações em realizar atividades da vida diária e para caminhar sozinho (Oliveira, 2018; Bordin *et al.*, 2018).

A problemática das hospitalizações de idosos agrava-se, uma vez que, o Brasil vem enfrentando uma realidade de excessivos gastos com internações hospitalares, tratamento e reabilitação de tais condições. Problemas de desempenho e acesso ao sistema de saúde estão relacionados a altas taxas de internações hospitalares e, no contexto da saúde da pessoa idosa, a hospitalização está diretamente relacionada com condições de vulnerabilidade (Rodrigues *et al.*, 2019).

Por outro lado, estudos apontam que o desenvolvimento de estratégias para prevenir complicações secundárias às morbidades presente com o uso de escala multifuncionais, incentivam a mobilização e oferta de recursos reabilitativos precocemente têm se mostrado prósperos no propósito de evitar agravamentos e reduzir o declínio funcional associado à condições agudas e internação, além de auxiliar para qualificação do cuidado e integralidade da assistência (Martinez *et al.*, 2019; Resnick *et al.*, 2019; Muller *et al.*, 2023).

Hospital brasileiro desenvolveu um programa chamado de “Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa” o qual inclui: rastreio de fragilidade, avaliação multidimensional, plano terapêutico singular, implementação de protocolos e estratégias de gestão de alta. Os resultados mostraram-se promissores em relação aos processos assistenciais fundamentais na qualidade do cuidado e em relação ao declínio funcional, risco de broncoaspiração, reabilitação motora e suplementação nutricional da pessoa idosa (Apolinario *et al.*, 2022).

O cuidado de enfermagem desenvolvido com utilização de instrumentos de avaliação multidimensional tem potencializado e qualificado a identificação de necessidades da pessoa idosa, delineando problemas prioritários para intervenção (Muller *et al.*, 2023).

3.2 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Em 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foram estabelecidas através da Portaria nº 4.279 de 2010 do Ministério da Saúde (MS). O documento apresenta a estratégia de organização da (RAS) e a define como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil 2010, p. 4). Sua implementação teve como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010).

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: população (definida por territórios, e organizada em subpopulações por riscos sócio sanitários); estrutura operacional (APS; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; sistema de governança); e modelos de atenção à saúde (sistemas lógicos que organizam e orientam o funcionamento das RAS, articulando populações e seu acesso e fluxo aos diferentes tipos de intervenções sanitárias) (Brasil, 2010). Tem-se como suas principais características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centrada na Atenção Primária para coordenação do cuidado; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o

compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2014).

Desta forma, a implantação das RAS, a partir de 2011, representou uma nova etapa de organização do SUS. Em 2014 propõe-se diretrizes estratégicas, dentre elas a constituição da rede de atenção integral à saúde da pessoa idosa para garantia do envelhecimento ativo, com destaque dos serviços da APS como ordenadora desta rede (Brasil, 2014).

A APS é estabelecida como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, por ser o centro de comunicação das RAS e responsável por coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema (Mendes, 2011). É definida como um conjunto de ações em saúde, individual e/ou coletiva, que engloba desde a promoção, proteção, prevenção, recuperação, diagnóstico precoce de enfermidades, redução de danos e manutenção da saúde, considerando os princípios da integralidade e equidade com intuito que os usuários dos serviços obtenham independência no desenvolvimento de sua situação de saúde, considerando os determinantes e condicionantes presentes no território (Brasil, 2017).

Para garantia de uma atenção de qualidade, a APS apresenta como atributos o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural, e deve cumprir as suas funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização (Mendes, 2011). Porém, a APS encontra dificuldades em diversos aspectos relacionados à operacionalização, articulação com os demais pontos da rede e na adoção de um modelo de atenção que promova à integralidade do cuidado (Almeida *et al.*, 2018).

O estudo de Tasca *et al.* (2020) trouxe como resultado de sua pesquisa, recomendações realizadas por especialistas para fortalecimento da APS, entre elas: a expansão da Estratégia Saúde da Família; a ampliação do acesso à APS; a formação de profissionais para atuação multidisciplinar na APS; a alocação de tecnologias para garantir resolutividade na APS; o aprimoramento da regulação/coordenação de serviços para fortalecer a APS como elemento estruturante do SUS; estrutura e financiamento; recursos humanos, provimento de profissionais, apoio e estímulo às equipes; produção e divulgação de conhecimento; transparência nas ações da APS; e o papel mediador da APS no sistema de saúde.

Na APS, bem como nos demais pontos operacionais da RAS as lacunas da fragmentação do cuidado precisam ser superadas. Considerando ainda, a elevação do número

de pessoas com condições crônicas de saúde e que precisam acompanhamento por longo prazo e intercalam a utilização dos níveis de atenção à saúde primário, secundário e/ou terciário torna-se emergente estratégias para a integração dos serviços e a para promover a continuidade do cuidado dentro da RAS (Gallo *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a literatura aponta algumas ações para promover a CC: incluir paciente/familiar/cuidador como membro da equipe no planejamento dos cuidados; sistematizar a assistência para a alta evoluindo cada caso ao longo da internação; aprimorar mecanismos de comunicação entre profissionais e serviços; avaliar a efetividade das intervenções planejadas e implementadas após a alta; acompanhar o paciente no percurso de atendimento à saúde (coordenação do cuidado); integrar profissionais dos diferentes pontos de atenção nas reuniões dos serviços; e, analisar o modelo de transição do cuidado adotado (alta responsável) revisando fluxos, prazos e pactos e considerando, também, outros modelos que poderiam ser implementados/combinados (Mauro *et al.*, 2021).

Por outro lado, na literatura, estudos mostram as lacunas relacionadas a CC, as quais incluem dificuldade na resolução de problemas em saúde em tempo oportuno para o usuário, questões correlatas ao acesso aos serviços de saúde, falta de protocolos institucionais para a alta hospitalar e contrarreferência para a APS e desconhecimento da RAS pelos profissionais. Além disso, tem-se a falta de integração entre os profissionais do hospital e da APS, a inexistência de um prontuário eletrônico integrado e do enfermeiro de gestão da alta para promover a CC, frágil apoio da comunidade, ocasionando, muitas vezes, em maior frequência de visitas no serviço de emergência; readmissões evitáveis ao hospital; dor emocional e física (Hunt *et al.*, 2021; Valente *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2021; Utzumi *et al.*, 2020).

O conceito de continuidade do cuidado é complexo e vem sendo ao longo dos anos estudado na área da saúde. Há uma falta de consenso entre os autores sobre a conceituação do termo, o qual, muitas vezes é utilizado, erroneamente, como sinônimo de coordenação de cuidados; integração de cuidados; e cuidado centrado no paciente. A CC distingue-se dos demais conceitos ao pensar no seu aspecto de cuidado individual ao paciente, ao longo do tempo e com duração indefinida (Santos *et al.*, 2022).

O conceito de CC foi historicamente atrelado ao paradigma profissional, que prioriza a visão dos profissionais da saúde. Com o passar dos anos, surgiu o paradigma perspectivista que ressalta a experiência e a percepção dos pacientes. Profissionais e pacientes tendem a apresentar olhares diferentes relacionados aos aspectos da continuidade do cuidado, ou seja,

profissionais focam-se nos sistemas de informática, continuidade informacional, na carga de trabalho; enquanto os pacientes desprendem seu olhar ao acesso aos serviços e suporte oferecido (Santos *et al.*, 2022).

Na década de 50, a definição de CC estava relacionada a uma atitude médica de responsabilidade contínua pelo paciente, um profissional de referência para seus cuidados. A partir de 1970, a essência estava na relação entre os históricos de atendimentos e a prestação de um cuidado coordenado e contínuo. Posteriormente, modelos multidimensionais foram introduzidos para definir a continuidade do cuidado (Weaver *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2022).

O modelo de Haggerty *et al.*, é um dos mais adotados nos estudos acerca do tema. Haggerty *et al.*, (2003) definem continuidade do cuidado como o grau em que uma série de eventos é experimentado como coerente, conectado e de acordo com as necessidades do paciente. Neste sentido, a continuidade é resultado da coordenação do cuidado e da integração dos serviços, na perspectiva do paciente. Para Haggerty *et al.* (2003), dois elementos diferenciam a continuidade do cuidado de outros atributos do cuidado em saúde; o cuidado individual a um paciente e os cuidados prestados ao longo do tempo. Quanto a este último elemento, os autores acreditam ser uma parte intrínseca da continuidade, a qual pode ser um período curto, como uma única internação hospitalar, ou longa, como acontece no acompanhamento de pacientes pelas unidades de cuidados primários. Para que a continuidade do cuidado exista, os dois referidos elementos devem estar presentes.

O conceito de continuidade do cuidado deve ser compreendido através de suas três dimensões: a **relacional**, a partir da inter-relação profissional e usuário; da **gestão**, representada pelo fornecimento de serviços e assistência contínuos; e **informacional**, caracterizada pela comunicação por meio do processo de referência e contrarreferência (Mendes *et al.*, 2017).

A figura abaixo ilustra a importância da conexão das dimensões da continuidade do cuidado, bem como um resumo das principais características de cada dimensão.

Figura 2 – Dimensões da continuidade do cuidado.



Fonte: Gallo; Hammerschmidt; Khalaf, 2021.

A continuidade relacional está subdividida em: o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que tem duração variável de acordo com o tipo de assistência demandada; e a estabilidade e a consistência do profissional, que estão associadas à possibilidade de o paciente ser atendido pelos mesmos profissionais (provedores), caracterizando-se pela responsabilidade e pela confiança entre usuário e equipe, ainda que não se estabeleçam relações em longo prazo (Silva *et al.*, 2016).

São estratégias que podem ser utilizadas pelos enfermeiros na dimensão relacional: cuidado individualizado, realizando intervenções adaptadas e personalizadas às necessidades dos usuários e colocando-os no centro das decisões; consulta de enfermagem, educação em saúde, teleconsulta, visita domiciliar e envolvimento da equipe multiprofissional (Gallo; Hammerschmidt; Khalaf, 2021).

Já a continuidade de gestão clínica se expressa em três dimensões: a acessibilidade entre os níveis assistenciais, que se caracteriza pela oportunidade de transposição de nível, de acordo com a necessidade e no tempo oportuno; a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que é definida como a percepção, por parte dos pacientes, de que exista coerência nos objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços; e a flexibilidade nos planos de cuidado, definida como a percepção do paciente de que sua atenção se adapta às mudanças de suas necessidades e circunstâncias (Silva *et al.*, 2016). Estudo realizado em Portugal identificou que a dimensão da gestão da continuidade do cuidado é comprometida quando há restrições ou dificuldade de acesso a consultas com especialistas e entre os diferentes níveis de atenção da RAS (Mendes *et al.*, 2017).

Política nacional de regulação, RAS, política nacional de atenção hospitalar, programa melhor em casa, são algumas políticas públicas relacionadas a continuidade da gestão que auxiliam o desenvolvimento de ações que permitam a acessibilidade entre os diferentes níveis de atenção de acordo com as demandas dos usuários (Gallo; Hammerschmidt; Khalaf, 2021).

Por fim, a continuidade da informação pode ser entendida por duas subdivisões: a transferência da informação, que é a percepção do usuário de que cada serviço tem acesso à informação sobre a atenção prestada anteriormente e ao desenvolvimento de sua doença; e o conhecimento acumulado, que está relacionado não só à percepção do paciente, mas também ao profissional que o atendeu - se este conhece seus valores e preferências, e se isto influencia no planejamento do tratamento mais apropriado (Silva *et al.*, 2016).

Para que ocorra continuidade do cuidado é essencial que os profissionais de saúde interajam e compartilhem as informações. São estratégias utilizadas na transferência de informações: a implementação de uma enfermeira de ligação entre os pontos de atenção da rede e o mecanismo da referência e contrarreferência (Gallo; Hammerschmidt; Khalaf, 2021). Referência está relacionada ao encaminhamento do usuário de um nível de menor complexidade para outro de maior complexidade, a fim de garantir o atendimento integral, contínuo e necessário. Após a resolução da demanda geradora da referência, o retorno deste usuário ao nível de menor complexidade é chamado contrarreferência (Brasil, 2017).

Os autores destacam que a continuidade do cuidado ocorre quando os elementos da assistência estão conectados e perduram pelo tempo, e que os pacientes e profissionais têm perspectivas distintas, e ainda completam que continuidade do cuidado é o resultado da união de outros fatores, tais como: fluxo adequado de informações entre diversos profissionais, cuidados coordenados de forma acessível e satisfatória ao usuário e boas habilidades interpessoais (Reid; Haggerty; Mckendry, 2002).

É importante frisar que, frente às diferentes definições sobre continuidade do cuidado na literatura, neste estudo será adotado o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Continuidade do cuidado como o grau em que uma série de eventos de saúde é experienciada por pessoas como coerentes e interligados ao longo do tempo, compatíveis com as suas necessidades de saúde e preferências (Who, 2018).

O processo que facilita e assegura a CC é intitulado transição do cuidado. A Transição do Cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que se inicia com a

preparação do indivíduo para alta hospitalar e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço e engloba a realização de um plano de cuidados, preferencialmente interdisciplinar desenvolvido em um contexto que inclua paciente e cuidadores e profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência (Bernardino *et al.*, 2022; Tomazela *et al.*, 2023). Mundialmente vários são os programas de transição do cuidado que buscam fortalecer a continuidade, envolvem educação em saúde, planejamento para a alta (plano de alta, resumo alta impresso e por e-mail, envolvimento multiprofissional), e uso de tecnologias, prontuário eletrônico/informatizado com acesso pelos profissionais do hospital e da atenção primária, adequação medicamentosa, acompanhamento do paciente pós alta e implementação da enfermeira de ligação (Gallo *et al.*, 2022; Aued, 2017).

A enfermeira de ligação tem como função promover o planejamento da alta hospitalar, conforme as suas necessidades, para que a continuidade do cuidado seja preservada. Sua atuação envolve diferentes dimensões, como conhecer e saber manejar as condições clínicas do paciente, identificar usuários com necessidade do serviço de ligação, organizar de recursos externos, envolver e capacitar os familiares e/ou cuidadores no processo da alta, elaborar o plano de alta hospitalar e assegurar a transferência de informações entre o hospital e os demais serviços da rede (Aued *et al.*, 2019; Aued *et al.*, 2021; Bernardino *et al.*, 2010).

Para o desenvolvimento da função de ligação a literatura identifica algumas competências e características necessárias destas enfermeiras como: apresentar habilidade para julgamento clínico, possuírem experiência para manejo de situações problemáticas ter boa comunicação, conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade de liderança, autonomia, criatividade, gestão do estresse e de prioridades, saber trabalhar em equipe e ter visão holística do paciente (Aued *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2019).

O planejamento da alta, no caso de um paciente hospitalizado é parte fundamental da transição do cuidado, consiste na elaboração de um plano personalizado para cada paciente que está deixando hospital com a finalidade de garantir o momento apropriado do seu tratamento e, para que a prestação dos cuidados pós-alta seja organizada. O plano de alta hospitalar é um importante instrumento de comunicação com os profissionais da RAS, uma vez que fornece informações necessárias para a continuidade dos cuidados prestados no hospital. Nele é preciso considerar aspectos físicos e psicológicos do paciente; a rede de apoio; doença de base; limitações físicas e motoras; terapia medicamentosa e autonomia

individual (Costa *et al.*, 2020; Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016; Galvin; Wills; Coffey, 2017; Valente *et al.*, 2019).

A falta da elaboração do plano de cuidados para o processo de planejamento da alta determina, por vezes, pacientes, familiares ou cuidadores sem orientação e inseguros em relação ao futuro e acarreta desfechos negativos para a saúde dos indivíduos. Revisão sistemática revela que a maioria dos cuidadores familiares de pacientes com sequela de AVC não recebe orientações de como realizar os cuidados domiciliares durante o período de hospitalização, o que implica em diversas dificuldades apresentadas por esses cuidadores (Oliveira *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2020).

Por outro lado, quando ocorrem as ações de planejamento da alta os resultados são positivos para a pessoa idosa, seus familiares e serviço de saúde. Revisão sistemática analisou a eficácia das intervenções da transição do hospital para o ambiente de cuidados primários para pacientes idosos com doenças crônicas encontrou que, em comparação com os cuidados habituais foi observada a menor mortalidade em 6, 12 e 18 meses pós-alta, menor taxa de procura pelos serviços de urgência em três meses e média menor de dias de readmissão em 3, 6, 12 e 18 meses (Le Berre *et al.*, 2017).

São vários os estudos que apontam que desenvolver ações relacionadas ao planejamento da alta do paciente durante o período de hospitalização contribui para a redução de readmissões. E, na maioria deles é o profissional enfermeiro o protagonista no planejamento da alta hospitalar (Abad-Corpa *et al.*, 2013; Bahr *et al.*, 2020; Bernardino *et al.*, 2021; Facchinetti *et al.*, 2020; Ribas *et al.*, 2018). O enfermeiro ao realizar o planejamento da alta hospitalar conseguirá monitorar em conjunto com o enfermeiro da Atenção Primária a Saúde, os cuidados que serão necessários no domicílio (Costa *et al.*, 2020).

Apesar do planejamento de alta hospitalar ser uma responsabilidade interdisciplinar, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, na educação dos familiares e, na coordenação do processo de transição hospital/domicílio. O enfermeiro tem sua prática assistencial prestando o cuidado direto centrado nas suas necessidades individuais dos pacientes, a fim de, reduzir os fatores de riscos, prevenir doenças e promover a saúde. Nos níveis de atenção primária, secundária ou terciária de atenção à saúde, a prática clínica do enfermeiro é soberana e possibilita ampliar e fortalecer a continuidade da assistência ao paciente em todo o ciclo de vida dos usuários. Já na sua formação é instrumentalizado para realizar ações de educação em saúde e prescrições de

cuidados que comporão o planejamento de alta hospitalar (Costa *et al.*, 2020; Delatorre *et al.*, 2013).

Quando não há um fluxo e um mecanismo definidos para a transferência das informações, muitas dessas se perdem, o que pode gerar duplicidade nas ações dos profissionais e, conseqüentemente, aumento dos custos em saúde, atraso na resolução dos problemas e deficiência no sistema de referência e contrarreferência. Portanto, é fundamental que a transferência das informações do planejamento da alta do paciente seja coordenada e centrada em um profissional, e como os estudos revelam, o profissional enfermeiro tem as competências necessárias para o desenvolvimento e organização da alta hospitalar dos usuários (Aued *et al.*, 2019).

Estudo que propôs planejamento de alta para pacientes com doença pulmonar obstrutiva obteve resultados positivos em relação à intervenção proposta. Identificou aumento na qualidade de vida dos pacientes, controle de readmissões, otimização do uso de recursos e serviços da saúde após a alta hospitalar e melhora da satisfação dos pacientes. Na internação, uma enfermeira coordenadora identificava o cuidador principal, orientava sobre a doença e o tratamento, detectava as dificuldades e as necessidades de cuidado e realizava a comunicação com os demais profissionais da saúde. Após a identificação dos pacientes com necessidade de continuidade do cuidado, as enfermeiras coordenadoras e as enfermeiras da atenção básica encontravam-se em 24 horas após a alta do paciente e juntas planejavam e realizavam a primeira visita domiciliar (Abad-Corpa *et al.*, 2013).

A literatura nacional apresenta algumas dificuldades na tentativa de implementação do planejamento da alta através da enfermeira de ligação: falta de tempo das enfermeiras assistenciais em assumirem também as atividades de “enfermeira de ligação”, destacando assim a necessidade de um profissional para desempenhar exclusivamente este papel, aumento da carga de trabalho na elaboração do plano de alta, já que, não existe compartilhamento de informações entre os diferentes pontos da RAS. Usuários idosos, com cuidados com feridas complexas, cuidados com dispositivos como sondas nasogástricas, vesicais, colostomias, ileostomias e cateteres de hemodiálise são os que majoritariamente demandam de continuidade do cuidado segundo estudo realizado (Ribas *et al.*, 2018).

Em outra realidade brasileira, em um hospital universitário no Sul do Brasil, os enfermeiros relatam as fragilidades e fortalezas para a continuidade do cuidado na instituição.

A comunicação da equipe multiprofissional e o conhecimento sobre o contexto familiar no qual o paciente está inserido foram destacados como potencialidades e o excesso de trabalho e de processos administrativos, a falta de integração e de um sistema informatizado integrado com APS, a ausência de enfermeiros e protocolos para a gestão da alta hospitalar foram mencionados como fragilidades no processo de transição dos cuidados (Oliveira *et al.*, 2021).

3.3 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DA CONTINUIDADE DO CUIDADO HOSPITALAR

Práticas em saúde têm sido desenvolvidas em diferentes países no sentido de promover a CC. Nesta revisão, foram abordados os países os quais a literatura aponta que apresentam essa prática mais consolidada. Países como o Canadá, Espanha e Portugal demonstram a efetivação da RAS. No Brasil, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR) mostra-se o mais avançado em relação a continuidade do cuidado. A consolidação da articulação do sistema de saúde desses países configura-se como notória estratégia para diminuir a fragmentação do cuidado e atuam diretamente na racionalização dos recursos e, por isso, serão abordadas neste capítulo (Aued, 2017).

No contexto brasileiro, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR), junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), da Universidade Federal do Paraná (UFPR) implementou o Serviço de Gestão de Altas (SGA) com objetivo de estabelecer canal de ligação formal entre hospital e a RAS para pacientes com necessidade de cuidados continuados; atuar na resolutividade assistencial após a alta hospitalar; prevenir agudização de condições crônicas; fortalecer a integralidade do cuidado e a racionalização dos recursos públicos (Bernardino *et al.*, 2021).

A implementação do serviço ocorreu em duas etapas. A primeira etapa, projeto piloto, ocorreu em 2017 com a atuação de duas enfermeiras de ligação e em 2018, o serviço de Gestão de Altas que funciona da seguinte maneira:

Quadro 1 - Resumo do sistema de gestão de altas no hospital de clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR)/Brasil.

SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTAS HOSPITALAR	INCLUSÃO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTA	COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS	PERFIL DOS PACIENTES SELECIONADOS PARA GESTÃO DA ALTA
<p>* Serviço de gestão de alta com ênfase na Enfermeira de Ligação- responsável por um grupo de unidades de internação com características e demandas similares</p> <p>* Cada enfermeira gerencia cerca de 100 leitos de internação, organizados em quatro grupos de áreas afins: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Saúde Materno-infantil.</p>	<p>* Busca ativa nas unidades de internação, seguindo os critérios instituídos.</p> <p>* Demanda de profissionais da equipe multiprofissional que identificam necessidades de continuidade do cuidado e acionam a enfermeira de ligação.</p> <p>✓ O cuidador-familiar é envolvido no planejamento da alta.</p>	<p>* Sistema “e-saúde”, que é uma plataforma do município de Curitiba, em que as enfermeiras de ligação inserem diretamente no prontuário eletrônico do paciente as informações referentes a sua internação.</p> <p>* Resumo de alta, plano de cuidados e eventualmente exames que ajudam no seguimento ao cuidado na atenção primária.</p>	<p>* Portadores de doenças crônicas de difícil manejo; dependentes ou impossibilitados de desenvolver as atividades básicas da vida diária;</p> <p>* Portadores de doenças agudizadas e/ou com síndromes geriátricas;</p> <p>* Uso de dispositivos; com necessidade de suporte ventilatório e/ou com necessidade de reabilitação.</p>

Fonte: Elaborado pela autora - com base em Bernardino *et al.*, 2021.

A teleconsulta de enfermagem pós alta-hospitalar é utilizada pelo serviço. O uso da teleconsulta é considerada uma ferramenta tecnológica de comunicação importante para o enfermeiro, pois apresenta influência na interação e satisfação do usuário/família e profissional. Chamadas telefônicas realizadas entre 48 e 96 horas após a alta hospitalar para rastreio e orientações, tem a potencialidade de reduzir o uso desnecessário de serviços de urgência e emergência (Gallo; Hammerschmidt; Khalaf, 2021).

Entre os resultados já analisados, com a implementação do serviço de gestão de altas, foi constatado a diminuição da reinternação dos pacientes contra referenciados e atualmente o serviço expandiu e conta residentes de enfermagem de variados programas e linhas de cuidado. Indicadores de qualidade são mensalmente analisados e servem como base para o avanço de estratégias e a organização do processo de trabalho (Bernardino *et al.*, 2021).

Porém, ainda mostra-se como desafios para o SGA: a gestão de caso para o número crescente de usuários dos serviços de saúde; a institucionalização do plano de alta hospitalar

com envolvimento de toda a equipe multiprofissional; elevar o número de pacientes com as altas gerenciadas frente ao aumento crescente do número de usuários; expandir o SGA para os pacientes ambulatoriais; aumentar a interface com outros programas e serviços municipais e estaduais, principalmente para os pontos frágeis da RAS como serviço de saúde mental, atendimento multiprofissional (fisioterapia, fonoaudiologia e terapias complementares) e elevar a efetividade do serviço (Bernardino *et al.*, 2021).

3.3.1 Experiência da Espanha

Na Espanha, foi desenvolvido o Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA) com objetivo melhorar a qualidade da assistência, aperfeiçoar e racionalizar o uso de recursos e serviços. O PREALTA mostra-se como ferramenta facilitadora, espaço de consenso, da transição do cuidado entre a Atenção Primária e especializada.

Quadro 2 - Resumo do sistema de gestão de altas na Espanha

SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTAS HOSPITALAR	INCLUSÃO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTA	COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS	PERFIL DOS PACIENTES SELECIONADOS PARA GESTÃO DA ALTA
*Existe o programa Programa de Preparação de Alta Hospitalar (PREALTA) e tem-se as enfermeiras hospitalares de enlace -Enfermeiras Hospitalares de Enlace (EHE) que são responsáveis para continuidade do cuidado.	*Através do acionamento pela equipe multiprofissional e/ou busca ativa no Programa Informatizado Hospitalar (SELENE) dos pacientes internados com 75 anos ou mais de idade; com comorbidades associadas e diagnóstico clínico. ✓ O cuidador-familiar é envolvido no planejamento da alta.	*Sistema informatizado (compartilhado entre os serviços de atenção primária e hospitalar) *Oficinas de enlace * Para os casos mais complexos é utilizado contato telefônico.	Idosos (com 75 anos e mais); pacientes com doenças crônicas; com morbididades associadas e diagnóstico clínico.
AValiação de Pacientes com Necessidade de Continuidade do Cuidado		INFORMAÇÕES INSERIDAS NOS DOCUMENTOS ENTREGUES NA ALTA HOSPITALAR	

<p>Após a identificação do paciente com necessidade de cuidado, são levantados os dados clínicos e social, entrevista com os pacientes e avaliação Geriátrica Integral (VGI) para detectar as necessidades.</p> <p>A entrevista destina-se a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificar o tipo de domicílio a que o paciente será encaminhado após a alta hospitalar; • Identificar a presença de barreiras arquitetônicas; • informações sobre o cuidador. <p>A avaliação clínica do paciente é ampliada, de ordem física, funcional, cognitiva, mental, social e emocional. São utilizados vários protocolos: padrões de Gordon, Barthel, Pfeiffer, Zarit, estado nutricional, cuidados complexos (feridas) e informações sobre o cuidador.</p> <p>Na avaliação social, verifica-se a rede saúde, rede de apoio familiar, capacidade para o autocuidado, questionário de risco social (TIRS), novas internações, gestão terapêutica e grau de dependência.</p>	<p>Na alta é entregue o Relatório de Continuidade do Cuidado, que contém as informações médicas e de enfermagem: dados do paciente desde a internação, avaliação/processo clínico, descrição dos padrões funcionais, exames e resultados, tratamento prescrito, resumo da permanência hospitalar, diagnósticos, e também algumas informações para a alta, como o tratamento a ser seguido, plano de cuidados de enfermagem; orientações para o cuidado no domicílio; seguimento das visitas domiciliares; e, informações do centro de saúde ao qual o paciente está vinculado.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborado pela autora - com base em Costa *et al.*, 2019.

A EHE é requisitada para verificação da necessidade de continuidade do cuidado antes da alta hospitalar (48 a 72 horas antes da alta) por meio de dois mecanismos: através da equipe multiprofissional e/ou busca ativa no Programa Informatizado Hospitalar (SELENE) dos pacientes internados com 75 anos ou mais de idade; com comorbidades associadas e diagnóstico clínico. O pedido de avaliação ocorre através de um instrumento estabelecido e pode ser da enfermeira assistencial, médico, assistente social ou dos profissionais envolvidos no cuidado com o paciente (Costa *et al.*, 2019).

Com base no relatório médico e avaliação clínica da EHE, inicia-se o planejamento da alta hospitalar, que geralmente ocorre 48 horas antes da alta, e realizado o contato com o Enfermeiro e/ou equipe da Atenção Primária:

Os principais elementos registrados no planejamento da alta do paciente são: diagnósticos principais, cuidados realizados no hospital e a situação clínica atual do paciente.[...] Além disto, as EHEs executam outras atividades no preparo da alta, entre elas: prever o cuidado necessário no domicílio; identificar o tratamento que será realizado, e prover os insumos necessários para a continuidade do tratamento, como exemplo, oxigênio (oxigenoterapia) e sondas (vesical, nasoenteral, etc.), bem como orientações para o cuidador e familiar sobre o cuidado. Também é de sua responsabilidade coordenar as consultas e os encaminhamentos necessários após a alta hospitalar, e realizar visita domiciliar (Costa *et al.*, 2020, p.5).

O Relatório de Continuidade do Cuidado é um instrumento utilizado pelas EHE na alta e contém as informações médicas e de enfermagem:

São características das EHE espanholas: possuem experiência para manejo de situações problemáticas, capacidade de ser educador e de trabalhar em equipe, conhecimento dos dispositivos intra e extra-hospitalares, capacidade de liderança, conhecimentos de informática e comunicação eficaz com os diferentes níveis de complexidade (Costa *et al.*, 2019).

Além do programa PREALTA e das EHE existe ainda na Espanha, um Comitê de Assistência Contínua que é formado por profissionais que participam de reuniões na Atenção Primária e desenvolvem protocolos e documentos de trabalho em torno da continuidade de cuidados na alta hospitalar (Costa *et al.*, 2019).

3.3.2 Experiência Canadá:

A enfermeira de ligação surgiu em Montréal, no Canadá, nos anos 1960, como uma extensão dos serviços hospitalares e a finalidade de diminuir o tempo de internação dos pacientes (Aued, 2017).

No Canadá, a transição do cuidado na alta hospitalar é realizada pela enfermeira de ligação que tem o papel de identificar os pacientes que necessitam dos seus serviços, realizar o planejamento da alta em conjunto com os demais profissionais da equipe multidisciplinar e transferir, eletronicamente, as informações do paciente para uma central de regulação para que o tratamento seja continuado pelos serviços extra-hospitalares após a alta do hospital do paciente (Aued *et al.*, 2021). O quadro abaixo traz uma síntese do sistema de gestão de altas Canadense.

Quadro 3 - Resumo do sistema de gestão de altas no Canadá.

SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTAS HOSPITALAR	INCLUSÃO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTA	COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS	PERFIL DOS PACIENTES SELECIONADOS PARA GESTÃO DA ALTA
* Ênfase na enfermeira de ligação para assegurar a continuidade do cuidado.	* É realizada pela enfermeira de ligação, pelos demais profissionais da equipe assistencial ou pode ser intermediada por algum membro da família do paciente.	* A transferência das informações é realizada pela enfermeira de ligação, por meio do envio eletrônico do formulário de contrarreferência a um serviço extra-hospitalar.	Não informa.

	<p>* Busca ativa.</p> <p>* Reuniões multidisciplinares.</p> <p>✓ O cuidador-familiar é envolvido no planejamento da alta.</p>	<p>* A transferência das informações é reforçada pela entrega de alguns documentos aos pacientes na alta hospitalar, como as prescrições de alta, resumo da alta, folhetos informativos, entre outros.</p>	
AValiação DE PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO		INFORMAÇÕES INSERIDAS NOS DOCUMENTOS ENTREGUES NA ALTA HOSPITALAR	
<p>As enfermeiras coletam informações no prontuário e realizam entrevista para avaliação do paciente.</p> <p>As dimensões de avaliação são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endereço e histórico do paciente. • Autonomia. • Meio de vida. • Disponibilidade de um cuidador próximo. • Sucinta avaliação física-psíquica. • Identificação dos recursos extra-hospitalares. • Compreensão dos cuidados pelo paciente. 		<p>Os principais elementos registrados no planejamento da alta do paciente são: - Endereço e histórico do paciente. - Autonomia. - Meio de vida, - Disponibilidade de um cuidador próximo. - Nível de compreensão dos cuidados pelo paciente. - Cuidados realizados no hospital e as complicações. - Principais diagnósticos. - Situação clínica atual. - Últimos resultados laboratoriais, - Os medicamentos em uso, - As consultas agendadas a serem realizadas. - Os principais profissionais envolvidos. - As prescrições. - Contato dos serviços em caso urgência. - Os cuidados a serem realizados aos pacientes após a alta hospitalar.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora - com base em Aued *et al*, 2021 e Aued *et al.*, 2019.

Ainda sobre a avaliação dos pacientes, em relação ao endereço do paciente, destaca-se que é essencial saber onde o paciente reside, caso ele necessite dos serviços prestados no domicílio após a alta hospitalar, assim como para verificar a qual serviço de saúde o paciente poderá ser encaminhado. A autonomia do paciente também faz parte dessa avaliação e engloba a avaliação das atividades da vida cotidiana e da vida doméstica. A disponibilidade de um cuidador próximo é mais um aspecto avaliado pelas enfermeiras de ligação.

Outra dimensão da avaliação é a compreensão dos cuidados pelo paciente e a avaliação da inclusão do cuidador no planejamento da alta. Para o efetivo planejamento da alta, são obtidas informações sobre a moradia do paciente para verificar a necessidade ou não de algum tipo de adaptação bem como a necessidade e a disponibilidade de uma pessoa que possa cuidar do paciente e/ou ajudá-lo nas suas atividades da vida diária. Os recursos extra-hospitalares disponíveis também são analisados para que os pacientes recebam os cuidados de

acordo com as suas necessidades. Para pacientes com cuidados complexos, a transferência das informações ocorre de 24 a 48 horas antes da alta hospitalar, já para pacientes com necessidade de cuidados menos complexos, a transferência das informações ocorre no mesmo dia da alta (Aued *et al.*, 2019).

São características das enfermeiras de ligação no Canadá possuir: competências gerenciais (liderança, comunicação e flexibilidade), competências pessoais (gestão do estresse, criatividade e gestão de prioridades) e competências relacionadas ao cuidado com os pacientes (julgamento clínico, visão holística e advogar pelo paciente) (Aued *et al.*, 2021).

São desafios para as práticas das enfermeiras de ligação Canadenses, a incompreensão do papel da enfermeira de ligação, manejo de pacientes com cuidados complexos, alta demanda - falta de tempo para avaliar os pacientes e dificuldade da equipe médica em informar a alta hospitalar com antecedência (Aued, 2017).

3.3.3 Experiência de Portugal:

Portugal conta com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As unidades que compõem a RNCCI são unidades de internamento, ambulatoriais, equipes hospitalares e domiciliares. Cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português possui uma Equipe de Gestão de Altas (EGA) que tem como objetivo avaliar e confirmar os pacientes demandados pelas equipes assistenciais (Martins *et al.*, 2018).

Para proporcionar a continuidade do cuidado no modelo de gestão de altas português, além das enfermeiras que ocupam um cargo na EGA, há enfermeiras assistenciais e/ou gestores que tem a função de ligação. As enfermeiras assistenciais identificam e avaliam os pacientes que necessitam de continuidade de cuidado e, então, são elos entre os serviços hospitalares e a EGA, ou entre os serviços hospitalares e a comunidade/família, nas situações em que os pacientes não são referenciados para unidades da RNCCI. Já as enfermeiras da EGA realizam o plano e a transferência do paciente dos serviços hospitalares (Martins *et al.*, 2018).

Quadro 4 - Resumo do sistema de gestão de altas em Portugal.

SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTAS HOSPITALAR	INCLUSÃO DE PACIENTES NO SERVIÇO DE GESTÃO DE ALTA	COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS	PERFIL DOS PACIENTES SELECIONADOS PARA GESTÃO DA ALTA
---------------------------------------	----------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

<p>*Cada hospital do SNS português possui uma Equipe de Gestão de Altas (EGA). *A EGA é multidisciplinar, formada no mínimo por um enfermeiro, um médico e um assistente social *Existe a enfermeira da equipe de gestão de alta e enfermeira assistencial com função de ligação.</p>	<p>* Exame físico, coleta de dados no prontuário e entrevista. * Demanda de profissionais da equipe multiprofissional que identificam necessidades de continuidade do cuidado e acionam a enfermeira de ligação. ✓ O cuidador-familiar é envolvido no planejamento da alta.</p>	<p>* Majoritariamente, a comunicação via e-mail ou pelo envio de cartas de alta que os pacientes levam até o serviço de referência.</p>	<p>* Pacientes que vivem sozinhos, que possuem dependência para o autocuidado; com múltiplas lesões por pressão; indigentes; vítimas de maus tratos ou negligência; com registro de ocorrência de quedas no domicílio; com doenças crônicas agudizadas.</p>
<p>AValiação de Pacientes com Necessidade de Continuidade do Cuidado</p>		<p>INFORMAÇÕES INSERIDAS NOS DOCUMENTOS ENTREGUES NA ALTA HOSPITALAR</p>	
<p>O processo de avaliação inicial do paciente ocorre em busca de critérios que atendam às necessidades futuras de cuidados continuados e consiste em exame físico, coleta de dados no prontuário e entrevista. Na entrevista é abordado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o motivo da internação; • antecedentes; • contexto e histórico familiar; • hábitos de vida, estado atual; • uso de medicação; • grau de dependência motora e funcional; • risco de quedas e de úlceras de pressão; • capacidade de decisão do paciente; • avaliação da deglutição, do equilíbrio e do componente sensorial; • necessidades após a alta hospitalar; • capacitação do cuidador principal; • conhecimento do paciente e do cuidador acerca da prevenção de complicações e condições habitacionais. 		<p>Os principais elementos registrados no planejamento da alta do paciente são: Preparo do cuidador; Reabilitação motora e funcional; Gestão do regime medicamentoso; Tratamento de lesões por pressão; Recuperação da autonomia prévia; Treino do autocuidado; Grau de dependência; Cuidados a seguir; Principais diagnósticos de enfermagem; Situação social.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora - com base em MARTINS *et al.*, 2018.

O papel da RNCCI é dar resposta na reabilitação dos clientes dependentes depois de um episódio agudo, capacitar os familiares que não adquiriram competências para cuidar

durante o internamento e/ou aguardar a preparação do doente para ser internado numa residência de idosos. Os sistemas de referência para a continuidade do cuidado, em Portugal, são as famílias, as unidades da RNCCI e a comunidade, principalmente as Unidades de Saúde da Família (Martins *et al.*, 2018).

Nas quatro experiências descritas acima se menciona o envolvimento da família como essencial no planeamento da alta. O preparo do cuidador é essencial para os cuidados contínuos e é realizado ao identificar a possibilidade de reabilitação do paciente, alto grau de dependência, debilidade econômica, entre outros. É preciso considerar a transição de um estado de saúde para um de estado de doença e dependência, de pessoas ou equipamentos, que o paciente vivencia, mas também avaliar a transição situacional dos familiares para o papel de cuidadores no domicílio e a importância de capacitá-los para o exercício desse papel (Martins *et al.*, 2018).

Após alta hospitalar, o cuidador familiar é um elemento fundamental para auxiliar o idoso na adaptação à vida cotidiana. A complexidade dessa transição se dá, uma vez que, idosos e familiares nem sempre não instruídos dos cuidados necessários e com isso, podem realizar práticas inseguras na gestão dos cuidados no domicílio. Contribui para ações inseguras no domicílio: o despreparo para assumir a nova situação de saúde, falta de orientações, problemas no ambiente domiciliar, falta de equipamentos e insumos adequados, incapacidade dos idosos para realizar atividades físicas entre outros (Silva *et al.*, 2020).

Visto a experiência dos países acima mencionados para a continuidade do cuidado e a complexidade da transferência dos cuidados hospitalares para o domicílio em processos de desospitalização fica evidente a importância do planeamento da alta nesse contexto, especialmente por todas as consequências que a hospitalização pode acarretar a vida da pessoa idosa. Para assegurar a continuidade do cuidado, não somente o hospital deve promover ações para alta segura, mas a atenção primária também precisa estar preparada para receber esses pacientes, sendo a contrarreferência uma estratégia importante articulação dos diferentes pontos de atenção.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será abordada a Teoria das Transições da Doutora Afaf Ibrahim Meleis, referencial teórico deste estudo. O tema será discutido através de uma breve biografia da autora e na sequência, a descrição dos conceitos relacionados a Teoria em questão e os aspectos relacionados a natureza das transições, condições da transição (facilitadoras e inibitórias) e padrão de resposta.

O Referencial Teórico é a estrutura que pode sustentar ou apoiar a concepção de um estudo ou pesquisa. De acordo com Meleis (2012), o referencial teórico é desenvolvido para fornecer orientação para projetos de pesquisa, pois apresentam e descrevem uma teoria que pode explicar o fenômeno que se deseja estudar.

Optou-se para a fundamentação teórica desta tese a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis ao compreender a hospitalização como um momento de transição importante na vida da pessoa idosa e suas famílias. Com o objetivo de promover a continuidade do cuidado torna-se um diferencial o aporte teórico sustentado na teoria e o entendimento de todos os aspectos relacionados a transições saudáveis. Acredita-se que partir do entendimento da teoria das transições, o enfermeiro está instrumentalizado para estabelecer intervenções e estratégias no processo de transição que melhorem a qualidade de vida dos indivíduos e diminua o risco potencial de transições insalubres. O enfermeiro é considerado um facilitador do processo de transição, uma vez que, na sua prática auxilia pacientes e familiares a atingirem resultados positivos em períodos de transição (Costa, 2016).

4.1 BREVE HISTÓRICO

Afaf Ibrahim Meleis nasceu em Alexandria, no Egito, em 22 de março de 1942. Meleis admirava a dedicação e o comprometimento da mãe com a profissão e acredita que a enfermagem estava em seu sangue desde que nasceu. Sua mãe, Soad Hussein Hassan, é considerada a Florence Nightingale do Oriente Médio, foi a primeira pessoa no Egito a obter o grau de Bacharel em Enfermagem na Universidade de Syracuse, e a primeira enfermeira do Egito que obteve o grau de mestre e doutora de uma universidade egípcia.

A seguir estão descritas algumas datas importantes na trajetória da teórica Afaf Ibrahim Meleis:

1961- Obteve o título de Bacharel em Ciências da Enfermagem, na Universidade de Alexandria, Egito.

1964- Tornou-se mestre em Enfermagem pela Universidade da Califórnia, Los Angeles- EUA

1966- Mestre em Sociologia pela Universidade da Califórnia, Los Angeles- EUA

1968- Doutora em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia, Los Angeles- EUA

1971- Mudou-se para Califórnia e permaneceu por 34 anos - local que iniciou o desenvolvimento da Teoria de Transição.

1990- Recebeu medalha de excelência pelo presidente Egípcio, Hosni Mubarak

2000- Presidente do Conselho Internacional sobre Questões de Saúde da Mulher

2002- Nomeada a *Margret Bond Simon Dean* de Enfermagem, e tornou-se reitora por dois mandatos da Universidade da Pensilvânia

Atualmente é professora de Enfermagem e Sociologia da Universidade da Pensilvânia e diretora da *School's WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery Leadership*, membro honorário do *Royal College of Nursing*, no Reino Unido e integrante da *American Academy of Nursing*; e do *Institute of Medicine da Filadélfia*.

Theoretical Nursing: Development and Progress; Women's Work, Health and Quality of Life; Caring for Women Cross Culturally e *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* são algumas de suas obras publicadas com maior destaque.

São áreas de investigação de Meleis: saúde da mulher, saúde global, saúde dos imigrantes e desenvolvimento teórico da disciplina de enfermagem. As experiências com pesquisa sobre imigração, transições de imigração e seus impactos nas experiências de saúde serviram como base no desenvolvimento da Teoria das Transições.

4.2 A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Ao longo do ciclo vital ocorrem múltiplas transições, em alguns casos consideradas circunstanciais, em outros, ocorrem propositalmente através de eventos tais como o casamento, gravidez, mudança de profissão, cirurgia entre outros (Meleis, 1991).

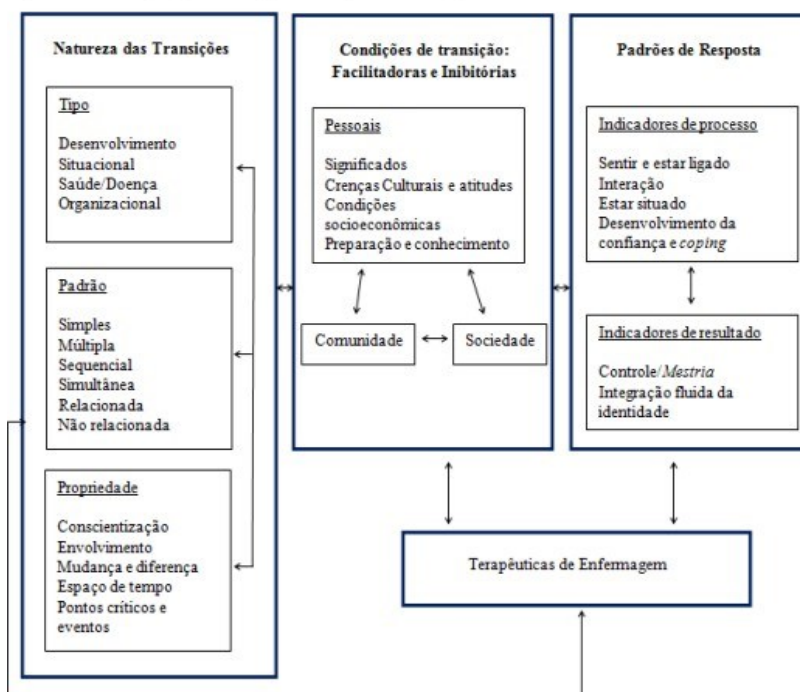
Segundo Meleis, conceitua-se transição como a passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um estado para outro. Transição é uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças (Meleis, 2010).

A autora descreve que há semelhanças que caracterizam um período de transição, entre elas: a desconexão com a rede social habitual e sistemas de apoio social e a perda temporária de objetos relevantes ou temas de referência familiar. Essas características da transição no contexto da pessoa idosa apresentam grande magnitude no momento da hospitalização, visto a ruptura em seu ciclo de apoio familiar rotineiro e a necessidade de permanecer no ambiente hospitalar, longe do ambiente o qual está habituado. Nesse sentido, denota que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, ajuste o comportamento, compreenda seu contexto social atual (Meleis, 1991; Costa, 2016).

Os conceitos de transição saudável, de transição insalubre e de insuficiência de papel são abordados na teoria de Meleis e descritos da seguinte maneira: Transição saudável é caracterizada pelo domínio nos comportamentos e sentimentos relacionados ao novo papel e identidade; Transição insalubre ou transição não saudável move o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco, tendo a capacidade de resistir às redefinições de significados, ou seja, não ocorre domínio para gerenciar a nova condição adequadamente; Insuficiência do papel: caracterizada por dificuldade para desempenhar um papel, em que comportamentos e sentimentos são derivados do descumprimento de obrigações ou expectativas (Meleis, 2012; Meleis *et al.*, 2000; Costa, 2016).

A teoria de Meleis pode ser norteada a partir de três constructos basilares: a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta. Entende-se a teoria como de médio alcance, já que, reflete um escopo mais limitado, de menor abstração do que as grandes teorias e permitindo assim, ser submetida a testes práticos/baseados na experiência, sendo facilmente desenvolvida e operacionalizada (Meleis, 2012; Meleis *et al.*, 2010; Schumacher; meleis, 2010).

Figura 3 - Representação da teoria de médio alcance da transição



Fonte: Adaptado de MELEIS, 2010.

4.2.1 Quanto a Natureza das Transições:

Quanto ao tipo:

Segundo Meleis *et al* (2010):

- ✓ Transições de desenvolvimento - relacionadas a mudanças ao longo do ciclo vital. São exemplos: a mudança corporal na adolescência, menopausa, relações de paternidade e maternidade.
- ✓ Transições de situação - relacionados a alterações de papéis previamente desempenhados: mudança na estrutura familiar como viuvez, adição ou saída de um membro da família, ida de um idoso para residência de idosos, imigração, falta de moradia.
- ✓ Transição no processo saúde/doença - mudança de um estado saudável para um estado de doença, tais como a ocorrência de doenças cerebrovasculares, recuperação pós-operatória, infecção pelo HIV, lesão da medula espinhal, câncer e doenças crônicas.

- ✓ Transições Organizacionais - ocorrem no contexto ambiental, relacionadas com mudanças sociais, políticas, econômicas e intraorganizacionais: mudança de líder, introdução novas políticas, tecnologias, novos modelos de atenção, mudança na comunidade, saída de emprego, reorganização estrutural de organizações.

Quanto ao padrão:

Os padrões de transições precisam ser compreendidos de maneira que se entenda que os indivíduos podem enfrentar mais de um tipo de transição ao mesmo tempo, não a vivenciando de maneira isolada e exclusiva. Esses padrões podem ser simples (vivência de uma única transição) ou múltiplos; sequenciais (quando ocorre em intervalos de tempo distintos) ou simultâneos; relacionados ou não relacionados. É preciso que o enfermeiro tenha atenção a todas as transições vivenciadas por um indivíduo, e não se centrar apenas um tipo específico de transição (Meleis *et al.*, 2010).

Quanto as propriedades:

De acordo com Meleis *et al* (2010):

Apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é evidente a existência de aspectos comuns dentro da complexidade e dimensionalidade destas experiências, esses aspectos comuns são denominados de propriedades das transições. São consideradas propriedades: conhecimento/ consciência, ajustamento/ compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência. Estas propriedades não estão isoladas no processo, mas inter-relacionadas em um processo completo de transição.

Conhecimento, consciência: A consciência é uma característica definidora de transição. Ser consciente está associado à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. Neste âmbito, é esperado que o cliente apresente ou desenvolva conhecimento sobre as mudanças que estão sendo ou que serão vivenciadas. É importante que o indivíduo tenha conhecimento das mudanças que estão ocorrendo, já que, não estar ciente dos acontecimentos pode significar que o indivíduo não iniciou a experiência de transição, apesar da falta de manifestação consciente não ser impedimento do início desse processo (Meleis, 2000).

Ajustamento, compromisso: referem que se reporta ao grau de inclusão/envolvimento dos indivíduos nos processos inerentes à transição, sofre influência do nível de conscientização, pois o ajustamento não existe se o conhecimento não estiver presente.

Mudança e diferença: embora semelhantes, não são sinônimos de transição. A transição envolve sempre uma mudança, enquanto nem toda mudança necessita de transição. Para compreender o processo de transição, é necessário entender os significados que o cliente atribuiu a mudança, os efeitos e suas dimensões: a natureza, a temporalidade, a percepção da severidade e as expectativas.

Eventos e acontecimentos críticos: estão relacionados a um acontecimento marcante, como nascimento, morte, diagnóstico de uma doença e são associados com o aumento da conscientização sobre a mudança e diferença, além do ajustamento para lidar com a experiência de transição. Sabe-se que a maioria das experiências de transição envolve pontos críticos e eventos, demandando do enfermeiro conhecimento e prática para lidar com essas mudanças.

Período de experiência: caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo, que inicia com os primeiros sinais que precedem a transição até o período de estabilidade. Este período de tempo é necessário para experimentar diferentes estratégias e padrões de respostas e, incorporá-los no seu próprio conhecimento.

Para a proposta deste estudo, direcionou-se, no que tange ao fenômeno a ser estudado, a transição no **processo de saúde e doença**, resultante da alteração de um estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crônica como no contexto do processo de hospitalização e desospitalização de pessoas idosas. Sabe-se que a internação hospitalar é um momento de súbita mudança na vida do idoso e gera, muitas vezes, limitação da autonomia e capacidade funcional, exigindo adaptação e alterações em vários aspectos na vida do idoso e seus familiares.

Destaca-se também a **transição situacional** considerando a mudança de papel que, muitas vezes, ocorre com a hospitalização: o filho(a)/familiares que se tornam cuidadores, a pessoa idosa como dependente para cuidados que até então não necessitava, entre outros. Muitas vezes, a pessoa idosa no contexto da hospitalização vivencia padrões múltiplos de transições e o enfermeiro precisa estar atento para que suas ações sejam direcionadas a totalidade do processo vivenciado.

Seguindo o olhar da Teoria das Transições, a pesquisa manteve atenção às propriedades inseridas nesse processo, assegurando que a pessoa idosa e seus familiares tivessem conhecimento das mudanças que estão ocorrendo e auxiliando-os nesse processo, bem como atuar no ajustamento e pontos críticos que as transições demandam.

4.2.2 Quanto as Condições da Transição

Para compreender de maneira global o processo das transições é indispensável conhecer as condições facilitadoras e inibidoras que se subdividem em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais. Cabe ressaltar, que os significados atribuídos a eventos que precedem uma mudança podem facilitar ou não transições saudáveis.

Condições pessoais compreendem os significados, as atitudes e crenças culturais, o estado socioeconômico, a preparação e o conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, podendo facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições. Tem-se como uma condição pessoal inibitória a situação socioeconômica do indivíduo; estudos mostram que indivíduos com baixo nível socioeconômico são mais predispostos a apresentar sintomas psicológicos frente a transições (Santos *et al.*, 2015; Schumacher; Meleis, 2010).

Por outro lado, preparação e conhecimento funcionam como um fator facilitador nesse processo. Preparar-se previamente para uma mudança facilita a experiência de uma transição. As consequências da falta de preparação e compreensão tornam-se imediatamente evidente quando o indivíduo é surpreendido com determinada situação (Santos *et al.*, 2015; Schumacher; Meleis, 2010).

Os recursos comunitários, do mesmo modo, facilitam ou inibem as transições. Apoio familiar e da comunidade e recursos instrumentais como informações relevantes obtidas de profissionais da saúde, esclarecimentos as dúvidas são condições que facilitam transições. Já os inibidores de uma transição saudável incluem: falta de planejamento e de ações educação em saúde, informação insuficiente ou contraditória, negatividade das pessoas, entre outros.

Referente às condições sociais, pode-se encontrar a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos como os principais condicionantes inibidores no contexto social. O conhecimento do ambiente social no qual o cliente está inserido é especialmente válido para avaliação do enfermeiro, pois proporciona o desenvolvimento de intervenções terapêuticas assertivas e adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher; Meleis, 2010). Visto isso, conclui-se que os recursos disponíveis da comunidade e as condições da sociedade podem facilitar ou dificultar a transição.

Na etapa de coleta de dados foi inserida a coleta de informações acerca das condições pessoais da pessoa idosa e os recursos comunitários e sociais disponíveis com

intuito de conhecer, orientar e utilizar os fatores facilitadores disponíveis no processo de transição e mapear dos fatores inibitórios para que as ações de planejamento da alta hospitalar estejam voltadas a realidade da pessoa idosa e assim promova a continuidade dos cuidados necessários pós alta-hospitalar.

4.2.3 Quanto aos Padrões de Resposta

Os padrões de resposta mencionados na teoria estão relacionados aos comportamentos observáveis e não observáveis, e se subdividem em dois tipos de indicadores: processuais e de resultado.

Os indicadores de processo referem-se à necessidade do cliente/ indivíduo sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar localizado/situado e desenvolver confiança e enfrentamento em determinado contexto.

O sentir-se conectado envolve a relação consciente do indivíduo com a mudança e com os participantes que o auxiliam nessa situação. No que diz respeito à interação, destaca-se a relação estabelecida entre o cliente em transição e o seu cuidador, da qual resultam as dimensões do autocuidado e do ser cuidado. No decorrer da experiência de transição, o indivíduo deve sentir-se situado, isto é, ser parte integrante do contexto em que está inserido. Em relação à confiança, o seu desenvolvimento possibilita a compreensão dos diferentes processos relativos ao diagnóstico, tratamento, recuperação e limitações, o nível de utilização de recursos e o desenvolvimento de estratégias (Costa, 2016; Meleis, 2010; Santos *et al.*, 2015). Reconhecer os indicadores de processo auxilia o enfermeiro na identificação se os indivíduos estão na direção da saúde e bem-estar ou em direção aos riscos e vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Já os indicadores de resultados são subdivididos em dois tipos: domínio de novas competências (maestria) e desenvolvimento de uma fluida identidade integrativa (habilidade). Esse indicador é utilizado na compreensão do processo de transição pelos indivíduos e das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biopsicosocial. A compreensão do indicador também possibilita a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, em comparação com os resultados esperados. Usualmente, podem ser utilizados para avaliar se uma transição é saudável ou não (Costa, 2016; Meleis, 2010; Santos *et al.*, 2015).

A maestria atribui-se ao desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para conduzir a nova situação, possui como elementos: competência associada ao conhecimento ou a habilidade cognitiva, autoconfiança, iniciativa, destrezas psicomotoras e tomada de decisão. O processo de transição só se finaliza quando o indivíduo evidenciar maestria (Shumacher; Meleis, 2010). As habilidades são relativas às identidades flexíveis e integradoras postula que uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade do indivíduo e resulta na incorporação de novos conhecimentos com intuito de alterar os seus próprios comportamentos (Costa, 2016; Meleis, 2010; Santos *et al.*, 2015).

Os elementos dos indicadores de processo foram abordados ao longo do estudo no sentido de assegurar relação de confiança do enfermeiro com idoso e no desenvolvimento de ações para que a pessoa idosa se sinta parte do processo, situada no contexto vivenciado. Já os indicadores de resultados foram abordados na avaliação se a pessoa idosa e seus familiares adquiriram o domínio das competências necessárias para a continuidade do cuidado.

4.2.4 Terapêuticas de Enfermagem

Os enfermeiros são potenciais agentes facilitadores dos pacientes e famílias que vivenciam transições, atuando sobre as mudanças e exigências que se refletem no cotidiano das mesmas. As terapêuticas de enfermagem influenciam em todo processo de transição e oferecem ao enfermeiro notório potencial para a promoção da saúde dos pacientes que se encontram nesse contexto.

Para desenvolver terapêuticas de enfermagem eficazes torna-se necessário compreender as propriedades e condições inerentes as experiências únicas vivenciadas pelos clientes. Prevenir riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e estimular o autocuidado são estratégias que os enfermeiros utilizam para promover transições saudáveis (Meleis *et al.*, 2000).

A literatura traz 5 modalidades terapêuticas de enfermagem para lidar com as transições: (Schumacher; Jones; Meleis, 1999):

Avaliação de Enfermagem: entendida como a origem para todas as terapêuticas de enfermagem. Para os cuidados de enfermagem ser consolidados a avaliação deve abranger todo o período de transição. **Reminiscência:** Fornece um elo importante entre o passado e o

presente e constrói oportunidades para o indivíduo refletir sobre as experiências de vida. Suplementação de papel: apresenta vários componentes, entre os quais esclarecer e identificar aspectos, tais como entender a posição e o ponto de vista do outro e entender como o seu papel pode afetar outras pessoas. Criação de um ambiente saudável: o objetivo de enfermagem nesta modalidade é propiciar ambiente dinâmico e adaptável de acordo com as necessidades de cada pessoa. Mobilização de recursos: analisar a disponibilidade de recursos pessoais, familiares e comunitários.

As terapêuticas de enfermagem descritas acima vêm ao encontro das práticas que serão exercidas pelo enfermeiro durante o planejamento da alta hospitalar da pessoa idosa, no sentido de ter olhar abrangente e avaliar todo o período de transição, estimular reflexões através de um ambiente propício para tais ações e com o conhecimento dos fatores que influenciam nesse processo de hospitalização-transição buscar os recursos necessários para promover a continuidade do cuidado.

Mesmo em situações similares, as repostas de cada indivíduo e seus familiares muitas vezes são distintas, assim, em sua prática o enfermeiro deve reconhecer as particularidades da doença, o contexto pessoal e do meio e os padrões de respostas do cuidador, para nortear adequadamente e individualmente as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). A terapêutica de enfermagem dirigida aos familiares e cuidadores trabalha a promoção saudável do processo de assumir um novo papel- de cuidar, desenvolvendo as competências de habilidades (Schumacher *et al.*, 2000).

Cabe destacar, que as etapas deste projeto foram desenvolvidas a luz da Teoria da Transição - referencial teórico desta pesquisa e que os elementos presentes na teoria foram incluídos no instrumento estruturado utilizado na avaliação das necessidades de cuidados pós-alta hospitalar. A identificação do tipo de transição, a importância da relação de confiança do enfermeiro com o indivíduo e o olhar atento as variadas condições que influenciam esse processo também foram consideradas desde a primeira etapa, no sentido de planejar a alta e propiciar a continuidade do cuidado ao idoso de acordo com suas reais necessidades.

Após o aprofundamento da teoria de Meleis foi possível reconhecer diversas interfaces com o objetivo deste estudo e sua aplicação esteve presente por todo percurso da pesquisa, desde a elaboração dos instrumentos de coleta de dados embasados na teoria, coleta e análise dos dados, bem como a análise e envolvimento do contexto familiar e sua influência no processo de transição da pessoa idosa. Para promover a transição e continuidade do

cuidado, o enfermeiro precisa atuar de maneira assertiva na transição vivenciada pelo idoso, bem como propiciar um processo de transição seguro de retorno ao lar. É imprescindível reconhecer as propriedades e condições dessa transição, bem como o padrão de resposta de cada indivíduo.

5 METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a descrição detalhada dos procedimentos metodológicos empregados para responder à questão problema e os objetivos propostos para o estudo.

5.1 TIPO DE ESTUDO

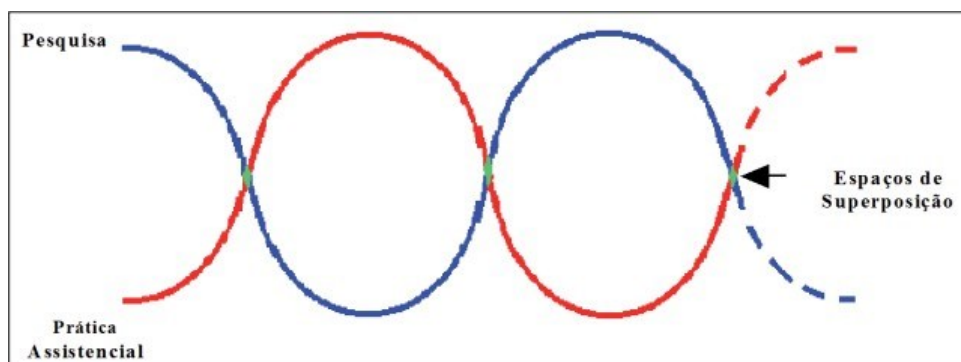
O referencial metodológico escolhido para nortear o desenvolvimento deste estudo foi a pesquisa convergente assistencial (PCA).

A PCA é de autoria de Mercedes Trentini e Lygia Paim e foi desenvolvida com vistas à elaboração de estratégias para relacionar a prática profissional ao ato de pesquisar. Tem sido desenvolvida como um desenho de pesquisa na assistência ao usuário de serviços de saúde em projetos investigativos propiciados pelo envolvimento da equipe local assistencial e pesquisador. Na PCA tem-se como diferencial metodológico o pesquisador em estágio de imersão na assistência, o que ocasiona ter na equipe assistencial um pesquisador realizando assistência como estratégia de coleta de dados com a perspectiva de qualificar a prática (Trentini; Paim; Silva, 2023).

O conhecimento foi construído na convergência da assistência e pesquisa com o objetivo de construir novas práticas teorizadas (Trentini; Paim; Silva, 2023). A convergência é o conceito central da PCA a qual se propõe a mudar ou revisar uma prática assistencial, fundamentada pelo conhecimento construído em uma pesquisa.

A figura abaixo demonstra os movimentos de aproximação, distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades.

Figura 4 – Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades.



Fonte: TRENTINI; PAIM, 2004.

A PCA apresenta atributos essenciais para seu desenvolvimento que precisam ser seguidas com rigor para que se mantenha a fidedignidade do método. São eles, a imersibilidade, simultaneidade, expansibilidade e dialogicidade.

A imersibilidade representa o “mergulho” do pesquisador nas ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial no mesmo espaço físico e temporal do contexto do estudo. A simultaneidade implica na “dança”, ou seja, o movimento em recíproca convergência das ações de pesquisa e ações da prática assistencial durante o processo da PCA. Expansibilidade é um atributo que confere à PCA o poder de ampliar o propósito inicial do pesquisador para além de reconstruir o contexto da prática assistencial em si, quando poderá também descobrir novos conhecimentos para construção de novas teorias. Por sua vez, a dialogicidade vai tornar compreensível a existência da unidualidade (assistência e pesquisa); isto é, as relações das duas instâncias em torno de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade, em cada uma delas (Trentini; Paim; Silva, 2018, p33).

A PCA tem como pressupostos: o campo da prática assistencial como fonte abundante de fenômenos a serem desvelados; como um local em que é possível pensar teoria e realizar pesquisa; que suscita inovações e alternativas para minimizar ou solucionar situações não-favoráveis e como um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa. Entre seus pressupostos também está o profissional de saúde como potencial pesquisador das questões vivenciadas cotidianamente; o suprimento do vazio entre as dimensões da pesquisa e da assistência através da convergência e as mudanças inovadoras da prática assistencial que podem ocorrer durante o processo investigativo (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Assim como os demais métodos científicos, a PCA tem suas etapas que conduzem o desenvolvimento das pesquisas: a concepção, a instrumentação, a perscrutação e a análise (Trentini; Paim; Silva, 2023).

O processo de definição do problema de pesquisa na PCA é chamado de **concepção**. Nesta fase serão estabelecidos e justificados os objetivos e a questão norteadora, definidos de acordo com o suporte teórico e metodológico, que será utilizado, além de requerer também um aprofundamento na literatura da temática. Na PCA, o tema deve emergir da prática profissional e desenvolvida com muita reflexão, pois as decisões tomadas influenciarão diretamente todas as etapas (Trentini; Paim; Silva, 2023). São indagações gerais sugeridas nesta fase por Trentini e Paim (2004): O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?

A segunda fase, chamada de **instrumentação** consiste na elaboração dos procedimentos metodológicos. Nessa etapa incluem-se a escolha do espaço físico da pesquisa, a escolha dos participantes e a escolha da técnica para obtenção e análise das informações (Trentini; Paim; Silva, 2023). É válido salientar que a PCA não estabelece critérios rigorosos para a seleção da amostra, já que esta abordagem preza pela profundidade e diversidade das informações em vistas do princípio da generalização (Trentini; Paim, 2004). A coleta e o registro dos dados estão englobados na instrumentação, ao passo que se obtêm informações com dupla intencionalidade: desenvolvimento de conhecimento técnico para promover mudanças na prática e o desenvolvimento de conhecimento teórico referente à prática assistencial (Trentini; Paim; Silva, 2018). Segundo as autoras do método, nesta fase é preciso ter habilidades para obter informações com profundidade, habilidade de comunicação, no sentido de perceber informações não só ditas, mas também os comportamentos não ditos e/ou expressões de sensibilidade emotiva (Trentini et al., 2021).

Para o desenvolvimento desta tese utilizou-se a abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem quantitativa esteve presente nas etapas iniciais da coleta de dados durante a identificação e avaliação dos pacientes com necessidade de CC, através da aplicação de roteiro semiestruturado e aplicação de escalas com o objetivo de caracterizar as demandas de cuidado, assim como retratar a realidade dos idosos e seus familiares participantes, as quais estão detalhadas no item 3.2. As etapas seguintes assumiram a abordagem qualitativa.

Já a fase **perscrutação** se caracteriza como seu mergulho na prática para ampliar a compreensão do fenômeno, uma procura minuciosa e profunda de condições para mudanças. É considerada um momento que promove maior reflexão sobre os dados que estão sendo obtidos pelo pesquisador até o processo de análise dos dados. Na última edição do livro, referente ao método da PCA, este estudo seguiu a indicação das autoras, que a fase da

perscrutação seja colocada de modo transversal na coleta e análise dos dados não configurando-se assim como uma fase específica (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Por fim, a fase **de análise dos dados** é dividida em duas etapas: análise e a interpretação. Na etapa análise, temos o processo de apreensão com a “organização do relato das informações” e na etapa interpretação, tem-se os processos de síntese, teorização e recontextualização (Trentini; Paim; Silva, 2023).

As informações detalhadas do processo de instrumentação, perscrutação e análise estarão detalhadas a partir do item 3.2 nesta tese.

Para um projeto ser considerado PCA deve-se respeitar suas etapas e atributos, além de propor-se a remover obstáculos para beneficiar a assistência ou introduzir inovações no contexto da prática em investigação (Trentini *et al.*, 2021). E, é neste sentido que o presente estudo se pautou em beneficiar a assistência com a continuidade no cuidado de pessoas idosas pós-alta hospitalar, trabalhando a lacuna que perpetua na assistência da saúde há muitos anos: a fragmentação do cuidado.

Corroborando com o uso da PCA neste estudo, a escolha justifica-se também pela possibilidade de permitir pesquisar a prática do cuidado com pessoas idosas hospitalizadas durante o exercício de sua construção para a transformação de situações emergentes nesse contexto. Neste estudo a pesquisadora desenvolveu sua prática profissional no cenário em que foi desenvolvida a pesquisa com o objetivo de atuar na problemática da descontinuidade do cuidado vivenciado pelos idosos após alta hospitalar. Tal característica vem ao encontro dos conceitos propostos pela PCA: a imersibilidade, a simultaneidade, a expansibilidade e a dialogicidade.

5.2 ETAPAS DO PROJETO

5.2.1 Concepção- primeira fase

Para fins dessa pesquisa decidiu-se trabalhar a problemática assistencial emergente da CC da pessoa idosa. Definiu-se então, o objetivo de promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para APS através do planejamento da alta hospitalar. Fez parte desta concepção a pesquisadora ser enfermeira assistencial na unidade clínica

médica onde o estudo foi realizado. A etapa da concepção contempla alguns elementos: questão de pesquisa, justificativa, referencial teórico-metodológico e negociação.

Questão de pesquisa: Como promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para APS?

Justificativa: a justificativa deste estudo está atrelada a necessidade de realizar modificações da prática assistencial referente a ações que promovam a transição do cuidado da pessoa idosa e seus familiares, bem como a necessidade de articulação entre os serviços na RAS no intuito de superar a fragmentação e promover a continuidade do cuidado.

Referencial teórico-metodológico: O referencial metodológico consiste na própria PCA, já o referencial teórico utilizado nesta pesquisa foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Negociação: esta etapa contou com algumas ações: a concordância e autorização para realização da pesquisa pela instituição hospitalar; o apoio do recém-criado Escritório de Gestão de Altas do hospital para execução, compartilhamento de experiências, resultando na elaboração de materiais que pudessem ser compartilhados e utilizados na prática assistencial para planejamento da alta; e, a conscientização, estímulo e diálogo com os enfermeiros da unidade, no sentido, de elevar a proposta do estudo a assumir uma identidade coletiva.

Considerações da etapa de concepção deste projeto:

- O tema de pesquisa foi escolhido de acordo com necessidade percebida na prática profissional da pesquisadora e outros enfermeiros da assistência do setor, além do que destaca a literatura ao discutir o tema da continuidade do cuidado;
- O problema de pesquisa concebido para o projeto vai ao encontro do que já vem sendo discutido no hospital em questão, pelos profissionais da assistência e da gestão em fase inicial da implementação de um escritório de gestão de altas;
- O envolvimento dos demais profissionais do contexto em questão estimulado desde o início do estudo com intuito de favorecer a colaboração e o modo coletivo intrínseco da PCA;

5.2.2 Instrumentação – segunda fase:

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na unidade de internação médica de um hospital universitário do Sul do Brasil.

Hospital geral, classificado como de média e alta complexidade, em 2020 contava com 238 leitos ativos que atua em diversas especialidades médicas, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. O Hospital Universitário conta ainda com atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adultos, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade.

Fundado em 1980 atende exclusivamente usuários do SUS. Desde 2015 está sendo gerido pela EBSEH. Faz parte do quadro de pessoal 263 enfermeiros que desempenham funções distintas relacionadas à assistência, gestão e educação.

No presente estudo optou-se pela Unidade Clínica 2, (UCM II), pois esta clínica tem um número significativo de internações de pacientes idosos (acima de 60 anos), com tempo de internação prolongado comparado as demais faixas etárias. Além de ser o ambiente de trabalho da pesquisadora no hospital em questão. Historicamente nesta unidade a taxa de ocupação de idosos é expressiva, com elevada ocupação de leitos por idosos. A UCM II está localizada no terceiro andar e possui 29 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, pneumologia e oncologia-hematologia. Possui um quarto de isolamento e quartos com dois leitos e quartos com quatro leitos.

Em relação as práticas de planejamento da alta e continuidade do cuidado neste hospital, o estudo de Oliveira *et al.* (2021), buscou compreender as práticas dos enfermeiros relacionadas a continuidade do cuidado no hospital o qual o estudo está proposto. Revelou que não existe na instituição o cargo de enfermeiro gestor de alta, são os enfermeiros assistências que realizam a alta hospitalar do paciente. Apesar de reconhecerem que é sua atribuição, os enfermeiros entrevistados no estudo referiram que nem sempre realizam o planejamento da alta devido à sobrecarga de trabalho e a ausência de protocolos na instituição.

Participantes do estudo

A amostra do estudo foi composta por 30 **idosos** hospitalizados nas unidades de internação clínicas e cirúrgicas e seus familiares em um hospital universitário do Sul do Brasil, no período de coleta de dados pré-estabelecido.

Foram critérios de inclusão do estudo:

- ✓ ter 60 anos ou mais de idade;
- ✓ morar em um dos municípios de Santa Catarina;
- ✓ possuir necessidade de CC segundo os critérios estabelecidos no estudo;
- ✓ paciente e/ou familiar possuir capacidade cognitiva para manter diálogo adequado;
- ✓ paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente.

Foram critérios estabelecidos no estudo referente a necessidade de CC: Idosos com doenças crônicas de difícil manejo ou má adesão; idosos com alta hospitalar com dispositivos; em cuidados paliativos que retornarão ao domicílio com lesões de pele e estomas; com necessidade de reabilitação; com necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar; com histórico de internações frequentes e outras demandas que possam ser identificadas como necessidade de continuidade de cuidado.

Foram critérios de exclusão do estudo:

- ✓ idosos que não possuem capacidade cognitiva para diálogo e que não possuam familiar/cuidador na internação hospitalar. Como foi avaliada?

Os **enfermeiros** da unidade selecionada também foram inseridos neste estudo. Sete enfermeiros aceitaram compor o estudo e colaboraram com a identificação de idosos com continuidade do cuidado e levantamento das necessidades de cuidado, bem como no desenvolvimento de estratégias de capacitação da pessoa idosa hospitalizada e seus familiares/cuidadores, especificamente neste estudo, com a elaboração de material educativo para capacitação das necessidades de CC após alta-hospitalar.

Critérios de inclusão do estudo:

- ✓ O enfermeiro que apresentasse interesse em participar da pesquisa e que atuasse na unidade selecionada;

Os enfermeiros possuíam contato diário com a pesquisadora, compartilhando a assistência direta ao paciente, e foram estimulados a participar do estudo através de conversas diárias de como melhorar a assistência do paciente no sentido de promover a alta hospitalar segura e a CC. Previamente ao início da coleta de dados, ocorreu o convite formal utilizando a estratégia de carta convite apresentada a seguir (figura 5). Os enfermeiros foram informados

dos objetivos do estudo e convidados a contribuírem com a realização da pesquisa. A apresentação do estudo foi realizada de forma breve e objetiva no início da passagem de plantão da unidade (com prévio acordo com a gestão do hospital). Ficou acordado que pesquisadora poderia ser acionada pelos enfermeiros pelo contato direto ou via ligação telefônica ou *WhatsApp* quando não estivesse na unidade.

Figura 5: Carta Convite aos enfermeiros para participação projeto de Tese, 2023.


PROJETO DE PESQUISA (TESE)


CARTA CONVITE

para enf. _____

Como posso contribuir no desenvolvimento da pesquisa e promover a continuidade do cuidado da pessoa idosa pós-alta hospitalar?

Atuando junto com a pesquisadora na identificação e avaliação de idosos com necessidade de continuidade do cuidado, capacitação, contrarreferência e por fim na criação de um fluxo de planejamento da alta da pessoa idosa, objetivo desta pesquisa!





Continuidade do cuidado da pessoa idosa a partir do planejamento da alta hospitalar

Critérios de inclusão- IDOSOS E FAMILIARES

- Ter 60 anos ou mais de idade;
- Estar internado em uma das clínicas médicas ou cirúrgicas do HU/UFSC;
- Morar em um dos municípios de Santa Catarina;
- paciente e/ou familiar possui capacidade cognitiva para manter diálogo;
- Paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente;
- Possuir necessidade de continuidade do cuidado segundo os critérios estabelecidos no estudo:
 - ✓ Idosos com doenças crônicas de difícil manejo ou má adesão;
 - ✓ idosos com alta hospitalar com dispositivos;
 - ✓ em cuidados paliativos que retornarão ao domicílio;
 - ✓ com lesões de pele e estomas;
 - ✓ com necessidade de reabilitação;
 - ✓ com necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar;
 - ✓ com histórico de internações frequentes e outras demandas que possam ser identificadas para como necessidade de continuidade de cuidado.

Pesquisadoras: Enf. Dda Mayara Marta Rodrigues; professoras: Angela Maria Alvarez e Maria Fernanda Alonso da Costa

Fonte: Elaboração da própria autora (2023).

Os participantes (idosos, familiares/cuidadores e enfermeiros) que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A, APÊNDICE B e APÊNDICE C).

Coleta de dados

Para o desenvolvimento deste estudo obteve-se diferentes etapas e diferentes formas de obtenção e análise dos dados, ao reconhecer a característica do método (PCA) em possibilitar a integração de diferentes abordagens entre qualitativa e quantitativa. As etapas 1

e 2 descritas a seguir assumiram uma abordagem quantitativa, enquanto das etapas 3, 4 e 5 seguiram com abordagem qualitativa.

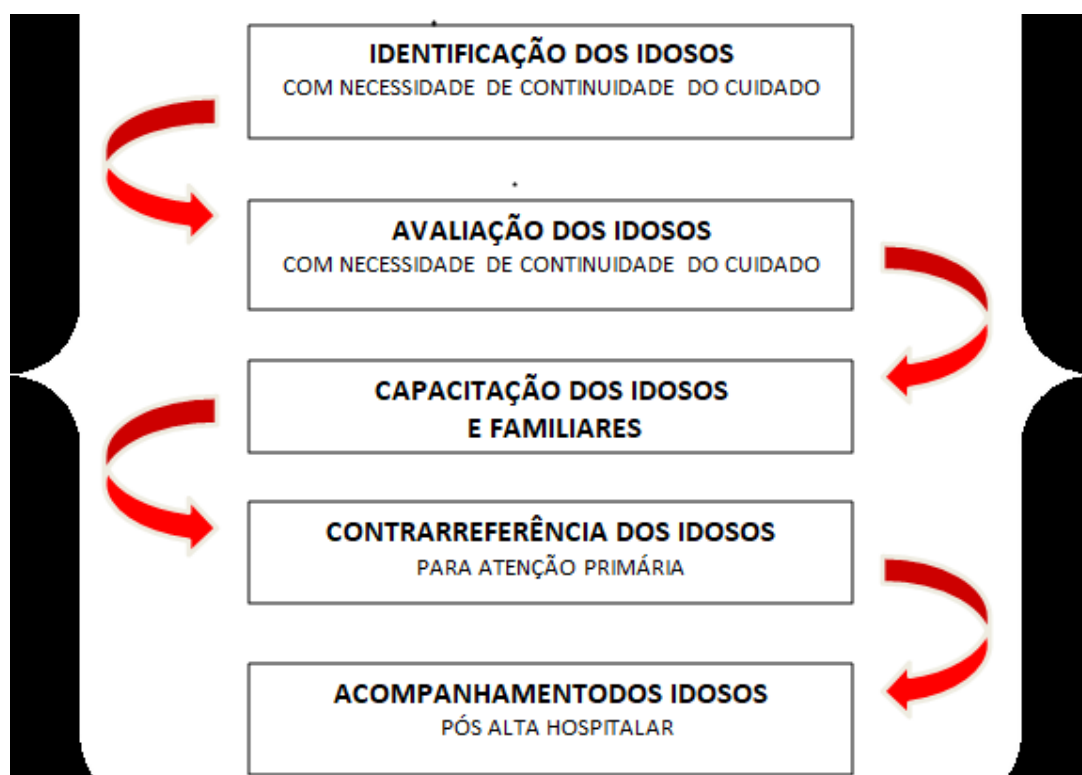
Período da coleta de dados: os dados foram coletados nos meses de janeiro a junho de 2023, após aprovação do Comitê de Ética.

Para elaboração das etapas deste projeto estudo baseou-se nas foram consultadas as publicações literaturas existentes a partir do projeto multicêntrico realizado no Canadá, na Espanha e Portugal, relacionado às ações para continuidade do cuidado nesses países, somadas ao referencial teórico de enfermagem adotado especificamente para esta pesquisa - e desenvolvidas a luz da Teoria da Transição - referencial teórico desta pesquisa.

As experiências desses países bem como a experiência do Hospital das Clínicas de Curitiba no Brasil auxiliaram na sustentação deste projeto e na criação dos formulários e das etapas de planejamento da alta que foram desenvolvidas para alcançar o objetivo de promover a CC da pessoa idosa na transição do hospital para o domicílio.

A figura 6 representa as etapas da fase de coleta dos dados. Inicia com a identificação dos idosos hospitalizados com necessidade de continuidade do cuidado, seguidos da avaliação destes, capacitação das demandas identificadas, realização da contrarreferência e acompanhamento após alta hospitalar.

Figura 6 : Etapas da fase de perscrutação dos dados, 2023.



Fonte: Elaboração da própria autora (2023).

ETAPA 1: Identificação dos idosos com necessidade de continuidade do cuidado

A identificação dos idosos com necessidade de continuidade de cuidado foi realizada de duas formas: busca ativa da pesquisadora e demanda dos profissionais dos enfermeiros colaboradores da unidade. A identificação ocorreu o mais breve possível pelos enfermeiros após a internação da pessoa idosa, seguindo o que orienta a literatura: do início do planejamento da alta iniciar o mais precocemente, de preferência já no início da internação.

Os critérios de seleção foram elaborados a partir da experiência de gestão de altas do hospital de clínicas da UFPR, sendo eles:

- ✓ Idosos com doenças Crônicas de difícil manejo/má adesão
- ✓ Idosos que irão de alta com dispositivos
- ✓ Idosos em cuidados paliativos que retornarão ao domicílio
- ✓ Idosos com lesões de pele e estomas
- ✓ Idosos com necessidade de reabilitação
- ✓ Idosos que precisarão de suporte ventilatório após alta hospitalar
- ✓ Idosos com histórico de internações frequentes

- ✓ Outras demandas que possam ser identificadas pela pesquisadora ou profissionais de saúde como necessidade de continuidade de cuidado

Uma ficha denominada - **Identificação de pacientes com necessidade de continuidade do cuidado** - foi elaborada para coleta e organização dados desta etapa da pesquisa (APÊNDICE D).

Cada idoso que compôs a amostra foi identificado como ID1, ID2, ID3.. e criada uma pasta em formato digital denominada “PASTA DE REFERÊNCIA DO IDOSO” para facilitar a organização dos dados. Os instrumentos e registros de etapa do processo de perscrutação dos dados foi incluído em pasta digital do idoso da seguinte maneira: ID1 - identificação, ID1 - avaliação, ID1 - capacitação, ID1 - contrarreferência, ID1-acompanhamento, ID - notas adicionais e assim com os demais participantes (ID 2, ID3..).

ETAPA 2: Avaliação dos idosos com necessidade de continuidade do cuidado

Identificada à necessidade de cuidados continuados, a avaliação dos pacientes foi realizada pela pesquisadora aos idosos, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido através de: aplicação de um roteiro semiestruturado, exame físico e aplicação de escalas. Neste momento também foi pactuado com os idosos e familiares o acompanhamento pós alta hospitalar.

a) Aplicação do roteiro semiestruturado denominado Avaliação dos pacientes com necessidade de continuidade do cuidado

A construção do roteiro se deu a partir do arcabouço teórico apresentado na teoria das transições e da revisão de literatura referente as práticas para CC, especialmente nos países em que essa prática se mostra mais consolidada: Portugal, Canadá e Espanha. O tipo semiestruturado foi adotado porque neste modelo tem-se um roteiro prévio, mas com possibilidade que o entrevistado e o entrevistador façam outras colocações além das planejadas previamente.

A aplicação do roteiro teve como objetivo conhecer o contexto social e familiar no qual o idoso está inserido, disponibilidade de um cuidador próximo e seus conhecimentos, bem como coletar informações sobre endereço, barreiras arquitetônicas no domicílio; histórico do paciente, meio de vida/hábitos de saúde; e identificação dos conhecimentos sobre sua situação de saúde (APÊNDICE E).

b) Exame físico

O exame físico foi realizado pela pesquisadora durante a rotina assistencial, pois compõe sua prática de assistência diária e incluiu peso, altura, aferição dos sinais vitais; além do exame físico céfalo-podálico de todos os sistemas do corpo do paciente através das etapas: inspeção, palpação, percussão, ausculta.

O intuito do exame físico no contexto da continuidade do cuidado foi detectar alterações motoras e risco de queda, lesões de pele e risco para desenvolver lesões por pressão, estado nutricional e análise do Índice de massa corporal, padrão de deglutição e risco de broncoaspiração e disposição para o autocuidado.

Os dados obtidos com a realização do exame físico foram registrados em diário de campo e repassados para formato digital 'WORD' o mais breve possível. A identificação dos arquivos seguiu a padronização da identificação dos sujeitos da etapa anterior (ID 1, ID2..).

c) Aplicação de escalas:

Foram utilizadas as seguintes escalas para auxiliar na avaliação multidimensional do idoso: escala de Katz e Teste de Folstein e encontram-se no apêndice E.

A escala de Katz teve o intuito de reconhecer o grau de dependência funcional. Segundo o Caderno de Atenção Básica Nº 19 – Envelhecimento e Saúde, a escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais e determinar a efetividade de tratamentos (Brasil, 2006).

Já o teste de Folstein: Miniexame do Estado Mental, foi o instrumento utilizado para avaliação da condição cognitiva do idoso. Foi concebido por Folstein; Folstein; McHugh em 1975, para avaliação cognitiva de pacientes psiquiátricos. Possui os seguintes domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem (Folstein; Folstein; Mchugh, 1975; Lourenço; Veras, 2006; Veras; Oliveira, 2018).

Após a finalização das etapas de identificação e avaliação, a pesquisadora, com os dados sobre as necessidades de cuidados continuados levantados, seguiu para a elaboração do plano de cuidados para alta hospitalar individualizado do paciente. Para a elaboração do plano de cuidado foi analisado o domínio ou não de competências para gerenciar a nova condição de saúde e o tipo de transição vivenciada (desenvolvimento, situacional, saúde-doença, organizacional), com base no referencial teórico proposto. Em caso positivo foi iniciada a capacitação de idosos e familiares para a continuidade do cuidado.

O plano de cuidados elaborado pela autora com a contribuição dos enfermeiros das unidades e em algumas situações com outros profissionais (médico, farmacêutico, nutricionista e assistente social) foi entregue no momento da alta hospitalar. O plano contou com os cuidados a serem seguidos após alta hospitalar, identificação dos sinais de alarme de acordo com a condição do idoso e um espaço para observações complementares específicas para cada participantes. O plano foi entregue a pessoa idosa e seu familiar/cuidador próximo ou no momento da alta hospitalar. Todos os pacientes que participaram da pesquisa saíram do hospital com os seguintes documentos:

- Plano de cuidado para alta hospitalar elaborado pela enfermeira
- Sumário de alta médico
- Encaminhamentos e receitas

No hospital, quando os pacientes possuíam lesões pelo corpo, também eram acompanhados por uma equipe específica para esse fim e as especificações de tratamento e orientações para continuidade também eram entregues ao paciente e familiar.

ETAPA 3: Capacitação dos pacientes e familiares/cuidadores para demandas de cuidado pós-alta hospitalar

A etapa de capacitação apresentou como objetivo fornecer o conhecimento necessário para a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar para idosos e seus familiares/cuidadores. O conhecimento é destacado no processo de transição por estar relacionado a propriedades importantes e intrínsecas desse processo, como estar consciente e envolvido na situação, sentir-se situado e assim, direcionam para transições saudáveis.

A capacitação da pessoa idosa foi sendo construída ao longo do desenvolvimento da pesquisa e desde o início da internação. Uma outra lacuna da assistência nesta unidade e no hospital é a falta de materiais para atividades de educação em saúde no ambiente hospitalar. Então teve-se o cuidado de elaborar um material educativo para a realização de orientações e capacitação para a alta hospitalar voltado a pessoa idosa. Todo o processo de construção da capacitação para a alta hospitalar da pessoa idosa encontra-se descrito como resultado no Manuscrito 2 desta tese.

Em síntese, após a etapa da avaliação, foi utilizado um instrumento (APÊNDICE F) contendo as demandas de cuidado para a alta hospitalar segura e um local para preencher a demanda de cuidado que foi capacitada e por qual profissional. Esse instrumento foi deixado

no prontuário para ser preenchido e abordado durante o período de internação do paciente. Uma cópia do instrumento ficou com a pesquisadora para controle e posterior análise dos dados.

Além do instrumento, os registros desta etapa foram descritos em diário de campo e após esta fase repassados para formato digital 'WORD' o mais breve possível e arquivado na pasta de referência do participante.

ETAPA 4: Contrarreferência dos idosos para a atenção primária

A contrarreferência foi realizada da seguinte maneira:

- ✓ Após capacitação dos idosos e familiares foram entregues os documentos de alta e reforçada a orientação sobre as informações que constavam neles;
- ✓ Enviado o formulário de contrarreferência, por via e-mail para UBS de origem do paciente;
- ✓ Realizado contato com a UBS de origem do paciente e agendada consulta com a Equipe de Saúde da Família do paciente na APS, com o profissional da equipe disponível para consulta após alta hospitalar: enfermeiro ou médico.

De acordo com a lei de proteção de dados em vigência, não é permitido enviar informações completas dos pacientes para o e-mail das unidades de saúde. Assim, foi utilizado um formulário de contrarreferência como notificação de alta hospitalar e um breve resumo das condições e necessidades na alta hospitalar (APÊNDICE G). Os demais documentos de alta foram entregues para o paciente e seus familiares.

ETAPA 5: Acompanhamento da continuidade do cuidado dos idosos

Durante o planejamento da alta, no início da etapa de identificação e avaliação, foi pactuado com idoso e seus familiares/cuidadores o acompanhamento do idoso, via teleconsulta de enfermagem, que ocorreriam aos sete dias e 30 dias pós-alta hospitalar a com objetivo de realizar o acompanhamento após alta hospitalar.

O Cofen através da resolução nº696/2022 normatizou a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, denominada teleconsulta. Esta, compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde para quem precisa, no momento que precisa. A prática de

Telenfermagem engloba Consulta de Enfermagem, Interconsulta, Consultoria, Monitoramento, Educação em Saúde e Acolhimento da Demanda Espontânea.

Para acompanhamento da CC da pessoa idosa após alta hospitalar foi utilizado formulário específico (APÊNDICE H) contendo perguntas relacionadas ao estado atual de saúde e os cuidados no domicílio; as orientações recebidas na alta hospitalar; ao comparecimento na consulta agendada na UBS, insumos, medicações e acesso às demandas que necessita na UBS; dificuldades no retorno ao domicílio e dúvidas. Os dados coletados nesta etapa também foram organizados na pasta de referência do idoso já descrito anteriormente para posterior análise dos dados.

5.2.3 Perscrutação – terceira fase

Nesta tese, optou-se em seguir a indicação das autoras do método PCA, ou seja, a fase de perscrutação de modo transversal a coleta e análise dos dados. Durante a perscrutação obteve-se informações com profundidade, persistência e tempo suficiente para adquirir familiaridade com a situação de pesquisa, atenção para perceber informações não só ditas, mas também comportamentos, expressões, falas emotivas. As atividades de perscrutação foram levadas a efeito em simultaneidade com as atividades de prática assistencial do pesquisador, ao visar as mudanças desejadas no contexto da prática (Trentini; Paim; Silva, 2023).

5.2.4 Análise dos dados - quarta fase

O processo de análise seguiu o que prevê a PCA que teve suas raízes no estudo de Morse e Field (1995) e inclui três subprocessos: apreensão, síntese e teorização (Trentini; Paim; Silva, 2018).

A apreensão consiste na retirada de informações essenciais dos registros na fase durante a coleta dos dados. Essas informações precisam ser organizadas de modo a permitir uma imersão nas informações com intuito de extrair grupos de informações semelhantes que podem resultar em inúmeros grupos, ou categorizações. Com o agrupamento das informações, tem-se a codificação dos dados no qual se identifica trechos das transcrições com símbolos/ideias para que ocorra a visibilidade aos grupos de informações coesos nas

transcrições. Através desses grupos coesos formam-se as categorias (Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2018). De forma resumida descrita na última versão do livro do método PCA em 2023, as autoras trazem três elementos envolvidos na apreensão: o resgate dos registros e sua organização, assimilação do conteúdo e a codificação dos dados (Trentini; Paim; Silva, 2023).

Neste estudo, o processo de apreensão iniciou com a coleta dos dados a partir da interação com os participantes ao longo das diferentes etapas da pesquisa e paralelamente ocorreu a organização dos relatos das informações com a transcrição atenta das falas, evitando a perda de informações, bem como dos registros de campo realizados pela pesquisadora, e o material transcrito foi impresso para facilitar a leitura. Esta etapa requereu leitura e releitura aprofundada dos dados coletados culminando na aproximação do conteúdo das falas mediante as semelhanças e diversidades para posterior codificação.

O processo de síntese corresponde em reunir elementos diferentes (associações) e fundi-los em um todo coerente e consiste em descrever a essência dessas informações. Esse processo traz dados essenciais para o conhecimento do fenômeno. A teorização é um processo que se identifica os valores contidos nas informações levantadas durante o processo de apreensão e síntese e as relaciona com fundamentação teórico-filosófica com intuito de proceder à associação com os dados e então, formular novos conceitos, definições e inter-relações (Trentini *et al.*, 2021; Trentini; Paim; Silva, 2018).

Para organização desta etapa, foram utilizadas tabelas em documento do Word, divididas em três colunas, a primeira com as transcrições de falas significativas, a segunda trechos de falar com a mesma ideia e, por fim a terceira com a respectiva codificação. Os códigos utilizados foram sendo agrupados e reagrupados por semelhança chegarem nos códigos finais.

Os dados objetivos/quantitativos das etapas 1 e 2 foram analisados de maneira descritiva simples, fazendo associação das semelhanças e agrupamentos quando necessário. Na escala de Kartz utilizada no estudo, a pontuação varia de 0 (ZERO) a 6 (SEIS) pontos, em que 0 (ZERO) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (SEIS), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. Já o teste de Folsten apresenta um escore de até 30 pontos, quanto mais próximo desse valor, indica maior desempenho cognitivo e fizeram parte da avaliação dos pacientes com necessidade de continuidade do cuidado.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovado com Parecer Nº. 5.766.001, na data de 21/11/2022 e a coleta de dados só foi iniciada após aprovação.

Para a realização da pesquisa foram obedecidas as normas éticas determinadas nas Resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos em vigor no país, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, bem como o seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais, assim como a Resolução n. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem que institui o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em especial os capítulos II e III, das responsabilidades, dos deveres e das proibições concernentes ao ensino, à pesquisa e a pesquisa técnico-científica (Brasil, 2012; Brasil, 2016; COFEN, 2017).

Os participantes foram informados que, caso necessário, receberiam assistência imediata e integral das pesquisadoras a respeito de qualquer necessidade que possa surgir devido a sua participação na pesquisa, sem qualquer ônus e que a recusa em participar em nada comprometeria sua assistência durante a internação hospitalar. Em todo desenvolvimento da pesquisa respeitou-se os valores culturais, sociais, morais e religiosos de cada participante e seu familiar.

6 RESULTADOS

Os resultados desta tese foram elaborados na forma de manuscritos seguindo a Instrução Normativa 01/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. A partir da análise dos dados foram elaborados quatro manuscritos:

Manuscrito 1: Necessidades de atenção à saúde da pessoa idosa hospitalizada no processo de Transição do Cuidado.

Manuscrito 2: Capacitação da pessoa idosa para alta hospitalar: estratégia para a Continuidade do Cuidado.

Manuscrito 3: A teleconsulta de enfermagem como estratégia de Continuidade do Cuidado da pessoa idosa após alta hospitalar.

Manuscrito 4: Transição do Cuidado da pessoa idosa na alta hospitalar para a Continuidade na Cuidado na Rede de Atenção à Saúde

6.1 MANUSCRITO 1: NECESSIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Resumo: Para promover a transição do cuidado da pessoa idosa é imprescindível que o enfermeiro conheça os diferentes aspectos envolvidos na hospitalização e consiga identificar e avaliar as necessidades de atenção à saúde para a continuidade do cuidado. *Objetivo:* Conhecer as necessidades de atenção à saúde e as condições facilitadoras e inibitórias envolvidas no processo de transição da pessoa idosa hospitalizada. *Método:* Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial desenvolvida sob o olhar da Teoria das Transições. O estudo foi desenvolvido em diferentes etapas, sendo este manuscrito uma abordagem exploratória quantitativa inicial da pesquisa, o qual foi a base para mostrar o panorama da situação dos idosos hospitalizados, necessária para a transição para o domicílio. Realizada na clínica médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil de janeiro a julho de 2023, através da aplicação de instrumentos estruturados, exame físico e aplicação de escalas. Foram sujeitos do estudo 30 idosos hospitalizados e seus familiares/cuidadores. *Resultados:* A partir da avaliação foram conhecidas necessidades de atenção à saúde que se comportaram como condições inibitórias no processo de transição, a exemplo da alta prevalência de quedas, reinternações, problemas de vínculo com Atenção Primária, barreiras arquitetônicas entre outras. Por outro lado, teve-se as condições facilitadoras, a exemplo do comprometimento com a saúde, disposição para capacitar-se para os cuidados necessários pós-alta hospitalar, boas condições comunitárias, acesso à água tratada e a presença da rede de apoio na maioria dos participantes. *Considerações finais:* O conhecimento das necessidades de atenção à saúde permite o direcionamento das intervenções e terapêuticas de Enfermagem eficazes para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o cuidado seguro no retorno ao domicílio durante o planejamento da alta hospitalar.

Descritores: Idoso. Alta do paciente. Enfermeiro. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Introdução:

O aumento da expectativa de vida é uma realidade no Brasil e no mundo. Sem dúvidas, a ampliação da longevidade é uma grande conquista da humanidade e não pode ser vista como um ônus para a sociedade. Neste sentido, o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde para esse público torna-se um imperativo e a busca pela adequação dos serviços dos serviços de saúde frente à perspectiva da longevidade tem sido foco de interesse mundial. No ano de 2023, a expectativa de vida da população brasileira já é de 76,2 anos podendo atingir 81,04 anos até o ano de 2060 tornando cada vez maior a demanda por atenção especializada a este grupo populacional (IBGE; Veras, 2023).

Consequentemente ao aumento da população idosa ocorre maior procura por atenção à saúde em todos os níveis, incluindo o aumento de internações hospitalares. Esse grupo populacional utiliza com maior frequência os serviços de saúde, envolvendo tratamento prolongado e comprometimento da etapa de recuperação, com maior custo para o sistema de

saúde, para as pessoas idosas e seus familiares, ou seja, para a sociedade como um todo (Silva *et al.*, 2021).

Temos que considerar também os riscos de uma internação hospitalar para uma pessoa nesta faixa etária. Além dos já descritos na literatura relacionados ao comprometimento da capacidade funcional, e por maior probabilidade de vulnerabilidade e dependência, imobilidade, infecções cruzadas, quedas, iatrogenias e outros eventos adversos, a internação hospitalar requer a reorganização da rede familiar, necessidade de adaptação às rotinas hospitalares, limitação para as atividades diárias (Araujo *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022; Dias *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023).

Estudo estimou que, a prevalência do uso de medicações potencialmente inadequadas para a pessoa idosa no ambiente hospitalar, é de 44,6% (Fateme *et al.*, 2021). Outra pesquisa com 318 pessoas idosas hospitalizadas revelou uma taxa de 49,7% de uso de medicações potencialmente inadequadas (Flores *et al.*, 2023).

Apesar de todos os riscos associados com a hospitalização da pessoa idosa, as internações e reinternações são frequentes. Estudo realizado com 101 pessoas idosas hospitalizadas mostrou que 25% dos pacientes estiveram internados no último ano, dos quais 74,29%, 13,86% e 8,57% foram hospitalizados uma, duas ou três vezes, respectivamente (Tavares *et al.*, 2021). É preciso avançar em ações de prevenção de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP), o que ainda não é uma realidade. Além disso, é preciso avançar em relação a formas de desospitalização e na articulação com a rede de atenção à saúde, com vistas à continuidade do cuidado (CC) após alta hospitalar (Rodrigues *et al.*, 2022; Veras, 2023).

A CC envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, no decorrer do tempo, em diferentes sentidos na rede de atenção à saúde. Os benefícios da CC estão relacionados com a melhoria da satisfação entre os pacientes, efetivação da articulação das redes de atenção à saúde, redução dos custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis e, conseqüentemente, num contexto em que a pessoa idosa esteja pode-se estimular a reabilitação e evitar desfechos negativos associados à sua internação (Aued *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020).

Assim, torna-se emergente que o modelo assistencial hospitalar seja repensado e que disponibilize estratégias que oportunizem a continuidade do cuidado. Nesse sentido, a alta hospitalar planejada pode ser uma estratégia privilegiada para promover a CC para diferentes

pontos da rede como na Atenção Primária em Saúde (APS) e no retorno seguro ao domicílio. O planejamento da alta consiste na identificação das necessidades do usuário e na orientação aos envolvidos no cuidado e pela coordenação do processo de transição entre o hospital e o domicílio, com o objetivo de garantir a melhor assistência e continuidade (Costa *et al.*, 2020; Bernardino *et al.*, 2021).

Estudos apontam o enfermeiro como elemento fundamental no planejamento da alta hospitalar, visto que, passa o maior tempo com os pacientes e ao conhecer o contexto do paciente hospitalizado possui a capacidade de reunir e organizar as informações de modo eficaz, podendo atuar ainda em estratégias para aumentar a adesão ao tratamento; criação de planos de atendimento personalizados com base nas necessidades dos pacientes e identificação e realização de encaminhamentos para os serviços que os pacientes necessitarão após a alta hospitalar (Weber *et al.*, 2017; Lima *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2020).

Para operacionalizar a alta planejada e segura da pessoa idosa é imprescindível que o enfermeiro conheça o contexto da hospitalização e assim consiga identificar e avaliar as necessidades de atenção para promover a continuidade do cuidado. A teoria das Transições vem ao encontro das boas práticas relacionadas ao planejamento da alta, uma vez que, permite compreender de maneira global o processo das transições, bem como as condições facilitadoras e inibidoras envolvidas nesse processo (Meleis, 2012).

O presente estudo emergiu de uma demanda da prática assistencial do enfermeiro de implementar o planejamento da alta hospitalar com intuito de promover a CC da pessoa idosa e foi desenvolvido através de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA pressupõe que seu desenvolvimento deve ocorrer no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática onde os pesquisadores desenvolvem simultaneamente pesquisa e práticas de saúde com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência (Trentini *et al.*, 2021), partindo da seguinte pergunta de pesquisa: Quais as necessidades de atenção à saúde e as condições facilitadoras e inibitórias envolvidas no processo de transição da pessoa idosa hospitalizada?

Objetivo: Conhecer as necessidades de atenção à saúde e as condições facilitadoras e inibitórias envolvidas no processo de transição da pessoa idosa hospitalizada.

Método:

Tipo de estudo: Trata-se de uma PCA desenvolvida sob o olhar da Teoria das Transições. Para compor a presente PCA o estudo foi desenvolvido em diferentes etapas, sendo este manuscrito uma abordagem exploratória quantitativa inicial da pesquisa, o qual foi a base para mostrar o panorama da situação dos idosos hospitalizados, necessária para a transição para o domicílio. A PCA é caracterizada por sua propriedade de articulação da pesquisa com a assistência e tem o pesquisador em estágio de imersão na prática, bem como sua característica de possibilitar a integração de diferentes abordagens entre qualitativo e quantitativo, o qual justifica sua pertinência a este estudo (Trentini; Paim; Silva, 2018). A pesquisadora, em questão, é enfermeira assistencial na unidade no qual o estudo foi desenvolvido e sua necessidade surgiu de uma demanda da prática assistencial na busca de estratégias para implementação do planejamento da alta com vistas a CC. Estudo exploratório quantitativo, o qual foi a base para mostrar o panorama da situação dos idosos hospitalizados, necessária para a transição para o domicílio.

A Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis foi utilizada como referencial teórico para compreender como a pessoa idosa vivencia a transição no processo de saúde e doença e por ofertar o aporte teórico referente às condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição, mas também em relação a natureza, os padrões de resposta e a terapêutica de enfermagem que precisam ser observadas no momento de transição a fim de torná-la -saudável (Meleis, 2012).

Cenário do estudo: O estudo foi em um hospital universitário do sul do país, em uma unidade de internação/clínica médica, no período de janeiro a junho de 2023. A unidade escolhida possui 29 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, pneumologia e oncologia-hematologia.

População e critérios de inclusão: Os sujeitos do estudo foram idosos hospitalizados e/ou seus familiares com os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar em um dos municípios de Santa Catarina; paciente e/ou familiar possuir capacidade cognitiva para manter diálogo adequado; paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente, além de apresentarem alguma necessidade de continuidade do cuidado.

O escopo das necessidades de continuidade de cuidado elencadas foram aquelas relacionadas à doença crônica de difícil manejo ou má adesão; alta hospitalar com

dispositivos; à cuidados paliativos que retornarão ao domicílio; lesões de pele e estomas; necessidade de reabilitação; necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar e histórico de internações ou quedas frequentes.

Coleta e organização dos dados: Para a etapa de identificação foi utilizado os critérios de inclusão descritos acima, ou seja, pessoas idosas com alguma necessidade de continuidade de cuidado foi verificada e realizada de duas formas: busca ativa da pesquisadora e demanda dos profissionais dos enfermeiros colaboradores da pesquisa. Para organização dessa etapa foi elaborado um instrumento contendo o código utilizado para identificar o paciente, data da identificação e da internação e o motivo pelo qual o participante foi incluído no estudo.

Para a etapa de avaliação das necessidades de atenção à saúde da pessoa idosa foi utilizado roteiro estruturado, realização de exame físico e a aplicação de escalas de Katz e Teste de Folstein com o objetivo de avaliar a dependência funcional e a condição cognitiva da pessoa idosa. O roteiro estruturado foi elaborado à luz da Teoria das Transições considerando as condições facilitadoras e inibitórias do processo de transição, ou seja, condições pessoais, sociais e comunitárias. O exame físico no contexto da continuidade do cuidado buscou detectar alterações motoras e risco de queda, lesões de pele e risco para desenvolver lesões por pressão, estado nutricional e análise do índice de massa corporal, padrão de deglutição e risco de broncoaspiração e disposição para o autocuidado.

Análise dos dados: Os dados obtidos durante as etapas de identificação e avaliação das necessidades de cuidados após alta hospitalar foram analisados de maneira descritiva e discutidos, considerando os pressupostos da teoria das Transições.

Aspectos éticos: A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do Parecer Nº. 5.766.001 e seguiu as normas éticas determinadas nas Resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O sigilo das informações foi preservado e todos os participantes concordaram em participar do estudo assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados:

Foram acompanhadas 30 pessoas idosas hospitalizadas e seus familiares em uma unidade de clínica médica de um hospital do sul do Brasil no período de janeiro a junho de 2023. A tabela 1 ilustra a caracterização da amostra estudada.

Tabela 1: Caracterização da pessoa idosa hospitalizada identificada com necessidade de Continuidade do Cuidado. 2024.

Faixa etária	60-69 anos: (13) 70- 79 anos: (10) 80 anos ou mais: (7)
Sexo	Feminino: (17) Masculino: (13)
Escolaridade	Até 8 anos de estudo: (17) 8 anos de estudo completos: (7) Ensino médio ou superior completo: (4) Nunca estudaram: (2)
Tempo de internação	8 a 14 dias: (13) Até 7 dias: (9) 15 a 29 dias: (6) Acima de 30 dias: (2)
Especialidade de internação	Clínica médica: (14) Pneumologia: (4) Cirurgia vascular: (5) Outras (6*) *proctologia (1), neurologia (1) , reumatologia (1), dermatologia (1), hematologia (1), endocrinologia: (1)
Comorbidades	Hipertensão Arterial Sistêmica (23) Diabetes Mellitus (15); Cardiopatia: (8) Dislipdemia: (7) Doença renal crônica: (5); Tabagismo: (9) Obesidade: (4) Depressão: (3)
Quantitativo de comorbidades	Três ou mais comorbidades: (14) Uma a três comorbidades: (14) Não apresentava comorbidades (2)
Utilização de UTI	Utilizou UTI: (4) Não utilizou UTI: (26)
Presença de feridas/lesões de pele	Apresentava feridas/lesões: (11) Não apresentava feridas/lesões: (19)
Presença de Infecção do trato urinário (ITU)	Apresentava ITU: (7) Não apresentava ITU: (23)

Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Na tabela 2 tem-se o resultado da aplicação das escalas de Katz (avaliação da dependência) e Folstein (capacidade cognitiva) e os critérios de seleção para identificação de necessidade de continuidade do cuidado.

Tabela 2: Necessidades de atenção à saúde identificadas; Escala de Katz e Teste de Folstein das pessoas idosas hospitalizadas, 2024.

Escala Katz	Independente: (15) Dependência parcial: (11) Dependentes: (4)
Teste de Folstein	Cognitivo preservado (15) Perda cognitiva leve: (11) Perda cognitiva moderada: (1) Não apresentava condições para responder (3)
Identificação de paciente com necessidade de continuidade do cuidado	Doenças crônicas de difícil manejo: (28) Necessidade de reabilitação: (24) Lesões de pele e/ou ostomas: (12) Histórico de internações frequentes: (11) Alta com dispositivo (oxigênio, sondas..): (3) Cuidados paliativos que retornariam ao domicílio: (3) Histórico frequente de quedas: (4)

Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

A avaliação das necessidades para a continuidade dos cuidados aplicado pela enfermeira e pesquisadora na coleta de dados buscou contextualizar os diferentes aspectos envolvidos na internação dos pacientes e identificar as condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição. Para a continuidade da descrição dos achados optou-se em elaborar uma tabela contendo: 1) Condições pessoais: histórico de saúde, hábitos de vida e conhecimento sobre sua situação de saúde; e 2) Condições sociais e comunitárias: contexto familiar e do domicílio, aspectos econômicos e apoio comunitário.

Tabela 3: Condições pessoais, sociais e comunitárias das pessoas idosas hospitalizadas em um Hospital do Sul do Brasil, 2024.

CONDIÇÕES PESSOAIS: Histórico de saúde, hábitos de vida e conhecimento sobre situação de saúde

Histórico de saúde	Internações prévias (26) Quedas (16)
	Utiliza mais de cinco medicações contínuas/dia (17) Utiliza quatro ou cinco medicações/dia: (4) Utiliza de uma a três medicações/dia (7) Não utilizavam medicações de uso contínuo (2)
	Realizava acompanhamento de saúde: (27) Não realizava acompanhamento regular: (3)
	Acompanhamento na APS: (22) Não acompanhava na APS: (8)
	Última consulta nos últimos 30 dias: (12) Última consulta no decorrer do último ano: (30)

	Lesão por pressão na internação atual (2) Lesão por pressão em internações prévias: (2)
Hábitos de vida	Tabagista ativo: (5) Tabagismo prévio: (8) Realiza atividade Física: (5) Uso de álcool: (1)
Conhecimento sobre situação de saúde	Responderam o diagnóstico (11) Responderam os sintomas que levaram à internação (19)
CONDIÇÕES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS: contexto familiar e do domicílio, aspectos econômicos, apoio comunitário e endereço e barreiras arquitetônicas.	
Condições sociais e comunitárias gerais	Contato com o vizinho (28) Gosta de morar no local (25) Espaço de lazer próximo ao domicílio (25)
Contexto familiar e do domicílio	Possui rede de apoio (24) Possui parcialmente rede de apoio (5) Não possui rede de apoio (1) Mora sozinho (1) Não mora sozinho (29) Tem ajuda com os cuidados de saúde (24) Ajuda parcial nos cuidados de saúde (5) Não tem ajuda com os cuidados em saúde (1)
Aspectos econômicos	Recebe renda (26) Não recebe renda (4) Renda suficiente para os gastos (12) Renda não suficiente para os gastos (18)
Apoio comunitário: paciente e UBS	Facilidade de ir até a UBS de origem (21) Consegue atendimento na UBS quando necessita (22) Sabe o nome do enfermeiro da sua ESF (2) Participação em atividades educativas (2)
Endereço e barreiras arquitetônicas	Reside na mesma cidade que estava hospitalizado (17) Reside em cidades próximas (9) Reside em cidades mais distantes (4) Refere local que mora em local tranquilo (30) Refere que possui água tratada (30) Problemas com a acessibilidade da casa (8)

Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Foram necessidades de atenção conhecidas a partir da avaliação das Condições Pessoais: alta prevalência de quedas, reinternações, polifarmácia, identificação de pacientes que não apresentavam vínculo prévio com a APS, presença e histórico de lesões por pressão, hábitos de vida inadequados e desconhecimento sobre a condição atual de saúde.

Já em relação as condições sociais e comunitárias foram conhecidas as necessidades relacionadas a rede de apoio e os cuidados com a saúde, a baixa condição socioeconômica, o não envolvimento em atividades educativas, problemas relacionados ao reconhecimento do profissional enfermeiro da UBS de origem e os problemas relacionados ao domicílio e barreiras arquitetônicas.

As necessidades descritas acima comportaram-se como condições inibitórias no processo de transição do cuidado. Porém, a partir da avaliação também pode-se conhecer as condições facilitadoras desse processo: comprometimento com a saúde, disposição para capacitar-se para os cuidados necessários pós-alta hospitalar, boas condições comunitárias (contato com o vizinho, gostar de morar no local, espaço de lazer próximo ao domicílio), acesso a água tratada e a presença da rede de apoio na maioria dos participantes.

Em relação as internações prévias ilustradas na tabela acima, 57% (17) foram hospitalizados nos últimos três anos e 47% (14) já haviam sido internados por pelo menos duas vezes anteriormente a esta internação.

Entre os acompanhamentos prévios de saúde foi mencionado acompanhamentos com especialidades médicas de maneira ambulatorial no HU/UFSC e consultas particulares ou agendadas pela UBS, Geriatra, Cepon e UBS. Vale ressaltar que, dois idosos apresentaram queda durante o período de internação, e estavam sem acompanhante durante a maior parte da hospitalização.

Durante a etapa da avaliação os pacientes e seus familiares foram questionados se sabiam o motivo pelo qual estavam internados/conhecimento sobre situação de saúde. Alguns responderam os sintomas que estavam sentindo e outros o diagnóstico. Os participantes e familiares mostraram ter conhecimento do motivo da internação, alguns de maneira mais superficial e outros demonstrando maior conhecimento da situação apresentada.

Quando questionados se conseguiam ir até a UBS de origem com facilidade, idosos hospitalizados e familiares mencionaram problemas para chegar até a UBS relacionados a distância, dependência de transporte público ou de familiares, condições de saúde a exemplo de dispneia a pequenos esforços e problemas com acessibilidade para cadeirantes.

Os idosos e familiares também foram questionados se sabiam o nome do enfermeiro da sua Equipe de Saúde da Família e apenas um soube responder. O mesmo ocorreu em relação as atividades educativas, a maioria referiu desconhecer essas atividades na sua UBS.

A organização, contexto familiar e a presença de conflitos foram relatadas nas falas. Os conflitos familiares foram identificados principalmente no caso dos idosos semi-dependentes e dependentes. O dilema de ‘quem tem que cuidar do idoso’, ‘tem outros filhos que não cuidam’ estiveram presentes.

Dados referentes ao endereço e barreiras arquitetônicas foram coletados com intuito de conhecer o contexto que o idoso estava vivenciando e diferentes situações foram conhecidas, tais como: problemas de acesso com automóveis, degraus, desnível, rampas entre outras condições do domicílio.

Por fim, o exame físico que já faz parte da rotina do enfermeiro e foi utilizado como forma de avaliação das necessidades do paciente para a continuidade do cuidado. Através do exame físico e de seus registros foi possível constatar as características da pele do idoso, estado de humor, hábitos de alimentação e vesico intestinais, índice de massa corporal, avaliação de edema corporal, sinais vitais, padrão respiratório, acesso venosos, risco de queda, acompanhamento das lesões, problemas relacionados a deambulação, deglutição, audição, visão entre outros. O exame físico quando bem realizado traz informações pertinentes que precisam ser trabalhadas no planejamento da alta.

Esses achados contemplam a etapa inicial de uma PCA, as quais contribuíram para a proposta de construção de um processo de transição da pessoa idosa hospitalizada.

Discussão:

O processo de transição do cuidado pode ser influenciado por condicionantes facilitadores ou inibidores relacionados à pessoa idosa e ao contexto social e comunitário em que ela está inserida. Os condicionantes pessoais incluem significados, crenças e atitudes, nível socioeconômico, preparação e conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais (Meleis, 2010).

Condições facilitadoras do processo de transição:

O conhecimento e o preparo atuaram como fatores facilitadores para a transição dos cuidados, pois os participantes sabiam o motivo pelo qual estavam hospitalizados. Preparar, planejar e capacitar previamente uma mudança facilita a experiência de uma transição. As consequências da falta de preparação e compreensão tornam-se imediatamente evidentes

quando o indivíduo é surpreendido com determinada situação (Santos *et al.*, 2015; Schumacher; Meleis, 2010).

As relações entre pessoa e comunidade também fortalece a transição, à medida que auxilia no fortalecimento para o autocuidado. A rede de apoio quando existente, o vínculo estabelecido e relações de confiança tanto no contexto hospitalar, com familiares, quanto na atenção primária são recursos comunitários importante para a transição e mostram-se como condicionante facilitador. Existe evidências da relação entre o apoio social, especificamente o proporcionado pela família, e a qualidade de vida das pessoas idosas (Valdez-Huirache; Álvarez-Bocanegra, 2018).

Conhecer o ambiente social no qual a pessoa idosa está inserida é especialmente oportuno na avaliação do enfermeiro, pois proporciona o desenvolvimento de intervenções terapêuticas assertivas e adequadas ao grupo e comunidade (Schumacher; Meleis, 2010). Práticas e intervenções, a exemplo de grupos de convivências de pessoas idosas, que considerem a capacidade e individualidade de cada idoso precisam ser desenvolvidas como estratégia que colabora e promove o envelhecimento ativo e autônomo com inclusão e participação social (Freitas *et al.*, 2020).

Os enfermeiros são potenciais agentes facilitadores dos pacientes e famílias que vivenciam transições, atuando sobre as mudanças e exigências que se refletem no cotidiano das mesmas. E é a partir do conhecimento do contexto o qual o idoso está inserido que o enfermeiro desenvolve as terapêuticas de enfermagem, a fim de propiciar a continuidade dos cuidados após alta hospitalar, de maneira segura e oportuna ao desenvolvimento das habilidades para o cuidado que cada indivíduo e suas famílias necessitam.

Condições inibitórias do processo de transição:

A caracterização sociodemográfica e de saúde das pessoas idosas hospitalizadas mostrou-se similar a outros estudos. Predominância de mulheres, baixa escolaridade, multicomorbidades com predomínio de HAS e Diabetes Mellitus, polifarmácia e internações prévias (Diniz *et al.*, 2021; Pimente *et al.*, 2019).

A baixa escolaridade é um fator preocupante, já que, é fator de risco para desenvolvimento de doenças crônicas, para a baixa adesão a tratamentos, maior vulnerabilidade e mortalidade. Maiores níveis de alfabetização mostram-se como fator de

proteção e estão associados a menor a exposição à desfechos ruins de saúde (Panagioti *et al.*, 2018).

Metade dos idosos participantes apresentavam algum déficit cognitivo e de comprometimento funcional. Sabe-se que quanto maior a idade, mudança de ambiente, imobilidade, dependência funcional e menor escolaridade maiores são as chances de comprometimento da função cognitiva. O comprometimento cognitivo leve corresponde, em muitos casos, a um estágio incipiente de alguma forma de demência. Esta identificação precoce nas pessoas idosas é de extrema relevância, pois além de estar associada a melhor prognóstico, possibilita a implementação de atividades de promoção da saúde e planejamento da alta (Pereira *et al.*, 2020; Nazario *et al.*, 2018).

Histórico de quedas também foram prevalentes entre as pessoas idosas hospitalizadas. Os fatores de risco que levaram as quedas precisam ser observados pelo enfermeiro no planejamento da alta, de modo que, possam ser pensadas junto à família e meios para evitá-las. Dificuldade motora, déficit visual, polifarmácia, depressão, falta de equilíbrio são algumas características consideradas como fatores de risco e, combinados com um ambiente inadequado, potencializam o risco de quedas (Tissot; Vergara, 2023).

Dentre os principais motivos de internação têm-se as internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária. Estudos prévios deste indicador já haviam identificado essa realidade: insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e DM são causas sensíveis prevalentes de internação de pessoas idosas no estado de Santa Catarina. Esses dados ilustram a necessidade de manter-se os esforços para fortalecimento da atenção primária e para articulação das redes de atenção à saúde (Rodrigues *et al.*, 2022; Dynkoski *et al.*, 2022).

O estudo de Rodrigues *et al* (2022) mostrou diminuição do número de internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária, porém constatou maior tempo de permanência de hospitalização das pessoas idosas e preocupação com as implicações que o tempo prolongado de internação onera a essa população. O presente estudo corrobora com tempo aumentado de permanência hospitalar, uma vez que, 70% dos participantes permaneceram no hospital por oito dias ou mais.

Independentemente da quantidade de dias, para a pessoa idosa, a hospitalização e desospitalização é considerada um evento crítico de transição e requer esforços para tornar essa transição saudável. Exigem assim, do enfermeiro, atenção, conhecimento e experiência,

pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a pessoa idosa e seus familiares, que encontram dificuldades para desempenhar o autocuidado e o cuidar. Considerada como um processo, a transição é vivenciada em três estágios: entrada, passagem e a saída com o encontro de novos significados, busca por um controle da situação frente às novas vivências.

Apesar de demonstrarem conhecimento da sua situação de saúde e atitude positiva relacionada a acompanhamento regular em consultas, alguns hábitos, como inatividade física, quedas e tabagismo atuam em direção oposta a melhores níveis de autonomia e independência da pessoa idosa.

Por outro lado, foram verificadas condições inibitórias relacionadas a conflitos familiares, problemas de vínculo com a UBS de origem e o desconhecimento de recursos comunitários e sociais como participação em grupos e atividades educativas e relatos de mudança frequente dos profissionais da sua UBS de origem. Aspectos relacionados à acessibilidade, vínculo, barreiras arquitetônicas e necessidade de investimentos na qualificação da equipe multiprofissional para atenção da pessoa idosa na atenção primária são descritos na literatura (Corte *et al.*, 2017; Freitas *et al.*, 2020).

Cabe ainda considerar a condição socioeconômica dos idosos e seus familiares. Neste estudo, 40% dos idosos referiram que a renda não era suficiente para seus gastos. A baixa condição econômica implica, por vezes, da impossibilidade de atuar sobre as barreiras arquitetônicas e ajustes no lar que resultariam em maior mobilidade, maior praticidade na realização do cuidado, impossibilidade de compra de medicações não fornecidas pelo sistema de saúde, limitações de atividades de lazer entre outros (Ferreria *et al.*, 2021).

Considerações finais:

Os achados deste estudo possibilitaram concluir que o processo de transição envolvido na hospitalização da pessoa idosa é complexo visto às condições multifatoriais existentes: idade avançada, comprometimento funcional e cognitivo, múltiplas interações e comorbidades. Os condicionantes pessoais, ambientais e sociais atuam como facilitadores ou inibitórios. Vêm ao encontro de um processo de transição saudável os condicionantes facilitadores como: rede de apoio efetiva, condição econômica favorável, estar situado, ter o apoio comunitário e social estabelecido, porém essa não se mostra uma realidade de todos.

O conhecimento dos fatores condicionantes permite o direcionamento das intervenções terapêuticas de Enfermagem eficazes para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o cuidado seguro no retorno ao domicílio durante o planejamento da alta hospitalar. Ainda, auxilia na compreensão de como estes pacientes percebem a sua transição e o que os impedem de seguir para uma transição saudável.

O embasamento teórico da teoria das transições e uso da pesquisa convergente assistencial para subsidiar ações da prática profissional é uma contribuição deste estudo. Tem-se o desenvolvimento de ações para atuar nas lacunas que emergem da assistência e retornam com estratégias teorizadas para melhoria da qualidade do cuidado.

REFERÊNCIAS:

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3162, 2019

BERNARDINO, E. et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20200435, 2021.

CÔRTE, B. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 690–701, jul. 2017.

COSTA, M. F. B. N. A. DA. et al. Planejamento de alta hospitalar como estratégia de continuidade de cuidados na atenção primária. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, pág. e3709108518, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8518.

ARAÚJO, E. et al. Capacidade funcional de idosos na internação e três meses do pós-alta hospitalar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 26, n. 1, 2021. DOI: 10.22456/2316-2171.93511.

DIAS, A. L. P. et al. Risco de quedas e a síndrome da fragilidade no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE006731, 2023.

DINIZ, J.L. et al. Idosos hospitalizados com tempo de permanência prolongado: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Enferm Foco**. 2021;12(2):379-85.

DYNKOSKI, M. A. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária no estado de santa catarina. **HOLOS**, [S. l.], v. 1, p. 1–13, 2022.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação: IBGE, Rio de Janeiro, 2022

FATEMEH, A. et al. Drug-drug interactions and potentially inappropriate medications among elderly outpatients. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 57, p. e18728, 2021.

FLORES, T. G. et al. Sobrevida de pessoas idosas hospitalizadas com uso prévio de medicamentos potencialmente inapropriados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230017, 2023.

FREITAS, F. F. Q. et al. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4439–4450, nov. 2020.

LIMA, M. A. D. DA S. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

NAZARIO, M. P. S. et al. Déficit Cognitivo em Idosos Hospitalizados Segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão Narrativa. **J Health Sci**. 2018;20(2):131-4.

PANAGIOTI, M. et al. “Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice.” *Quality of life research* 27,5 (2018): 1257-1268. doi:10.1007/s11136-017-1775-2

PEREIRA, X. DE B. F. et al. Prevalência e fatores associados ao deficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. e200012, 2020.

PIMENTE, M^a. H et al. Importance of social network for the successful aging and health of the elderly, **Journal of Aging & Innovation**, 8 (1): 68 – 84. 2019.

SANTOS, A. C. et al. Risco de violência, doenças autorreferidas e fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas. *Acta Paul Enferm*, v. 36, eAPE006231, abr. 2023.

RODRIGUES, M. MARTA.; ALVAREZ, Ângela M; RAUSCH PEREIRA, K. C. . Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina. **Global Clinical Research Journal**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. e26, 2022. DOI: 10.5935/2763-8847.20220026.

SANTOS, E. et al. O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. **Millenium**, v. 49, p. 153-171. 2015.

SILVA, R. L. DA . et al. Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. e200335, 2021.

SCHUMACHER, K. L; MELEIS, A. I. Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 26, n. 2, p.119–127, 1994. IN: MELEIS, A. **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010. p. 38-51

TAVARES, J. P. DE A.; NUNES, L. A. N. V.; GRÁCIO, J. C. G. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3399, 2021.

TISSOT, J. T.; VERGARA, L. G. L. Estratégias para prevenção de quedas no ambiente de moradia da pessoa idosa com foco no *aging in place*. **Ambiente Construído**, v. 23, n. 3, p. 25–37, jul. 2023.

TRENTINI, M. et al. Convergent care research and its qualification as scientific research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. e20190657, 2021.

VALDEZ-HUIRACHE, Mayra Griselda; ALVAREZ-BOCANEGRA, Carlos. Qualidade de vida e apoio familiar em idosos internados em unidade de medicina familiar. **Horiz. sanitário**, Villahermosa, v. 17, não. 2, pág. 113-121, abril. 2018.

VERAS, Renato Peixoto. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: uma necessidade premente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, p. e230065, 2023.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 3, jul. 2017. ISSN 2176-9133.

6.2 MANUSCRITO 2: CAPACITAÇÃO DA PESSOA IDOSA PARA ALTA HOSPITALAR: ESTRATÉGIA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Resumo: A alta responsável está relacionada ao processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde para a outra. Essa estratégia propicia a continuidade do cuidado por meio de: orientação de usuários e familiares/cuidadores; da articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde e da implantação de mecanismos de desospitalização. *Objetivo:* Implementar a capacitação da pessoa idosa hospitalizada, cuidadores/familiares e enfermeiros para os cuidados necessários pós-alta. *Método:* Pesquisa Convergente Assistencial realizada na clínica médica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil de janeiro a julho de 2023. Foram sujeitos do estudo 30 idosos hospitalizados e seus familiares e sete enfermeiros. Foi elaborado material educativo como estratégia de capacitação da pessoa idosa para os cuidados após alta hospitalar e os dados foram analisados conforme preconiza a PCA, com os processos de apreensão, síntese e teorização. *Resultados:* Do processo de construção da proposta de capacitação, emergiram duas categorias: a primeira relacionada ao desenvolvimento e adequação da capacitação das pessoas idosas frente à alta hospitalar e a segunda, relacionada às estratégias utilizadas para a realização da capacitação e como incorporá-las à prática assistencial dos enfermeiros. *Considerações finais:* Acredita-se que com o envolvimento e engajamento da equipe assistencial e da gestão, com estratégias educativas pensadas para que possa ser incorporada a prática, e com a instituição da cultura hospitalar é possível que o enfermeiro possa desenvolver atividades voltadas a educação em saúde com vistas ao planejamento da alta e a continuidade dos cuidados.

Descritores: Idoso. Alta do paciente. Enfermeiro. Educação em saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Introdução:

Os serviços hospitalares precisam ampliar seu escopo de atuação e viabilizar a alta responsável, planejada e articulada, e não somente atuar na estabilização da condição de saúde do usuário. O conceito de alta responsável está relacionado ao processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde, seja hospitalar ou ambulatorial, para a outra. Essa estratégia propicia a continuidade do cuidado por meio de: orientação de usuários e familiares/cuidadores; da articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e, implantação de mecanismos de desospitalização (Brasil, 2013).

Diversos estudos nacionais e internacionais revelam os benefícios da continuidade do cuidado para o usuário na desospitalização, organização dos serviços e recursos em saúde. É complexo promover a continuidade do cuidado e a integração com a rede de atenção à saúde, porém quando a continuidade não é realizada, favorece a reincidência de agravos de saúde e

do retorno do paciente aos cuidados da instituição hospitalar – o que no caso da pessoa idosa possui magnitude ainda maior (Belga *et al.*, 2022; Valente *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020a).

A hospitalização de idosos está frequentemente associada ao declínio funcional e limitação da autonomia por diversos motivos: déficit no desempenho para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, idade avançada, déficits sensoriais, depressão, multimorbilidade, efeitos iatrogênicos do tratamento e a ausência de rede de suporte. Também há os fatores relativos às práticas hospitalares como a baixa mobilidade e o repouso no leito, poli medicação, o uso de psicofármacos, contenção direta e/ou indireta, pouca aceitação da dieta hospitalar e o uso de dispositivos invasivos como sondas e dispositivos intravenosos (Tavares *et al.*, 2021; Basic *et al.*, 2017).

Ao compreender que é fundamental promover a alta responsável planejada da pessoa idosa durante o período de hospitalização, faz-se necessário preparar e orientar o paciente, a familiar/cuidador para que os cuidados sejam continuados na pós-alta. O processo de educação em saúde intra-hospitalar historicamente apresenta desafios para sua implementação (Arruda; Silva, 2020).

A realidade da assistência de enfermagem no ambiente hospitalar apresenta-se em uma realidade bastante complexa, o qual inclui questões relacionadas ao dimensionamento inadequado de profissionais, o excesso de demanda de trabalho, a priorização de atividades assistenciais, recursos de espaço físico e materiais inadequados, falta de estímulo de atividades de educação em saúde, entre outros. Superar obstáculos e barreiras, no sentido de reverter essa realidade podem ser alcançadas e o profissional enfermeiro pode ser este agente de transformação (Arruda; Silva, 2020).

Nesse sentido, este estudo utiliza como referencial teórico a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis para ajudar a compreender quais os fatores que interferem impactando ou contribuindo com a transição a ser enfrentada pela pessoa idosa e sua família no contexto do processo de hospitalização e desospitalização em decorrência de uma condição aguda ou crônica. A hospitalização pode exigir muitas mudanças e adaptações, porém também fornece um ambiente de troca e aprendizagem, que quando assim percebido por meio da Teoria das Transições, permite ao enfermeiro avaliar a condição a partir de três constructos norteadores: a natureza da transição; as condições de transição; e, os padrões de resposta (Meleis, 2012).

A partir do referencial teórico proposto a abordagem metodológica do estudo encaminhou-se para a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Entende-se que tal

abordagem podem contribuir com estratégias para implementação de medidas que promovam a continuidade do cuidado, considerando que, esse tipo de método de pesquisa baseia-se em um problema que emerge da prática assistencial de saúde e através de um novo olhar retorna com soluções teorizadas para melhorias do cuidado (Trentini *et al.*, 2017).

Contudo, para que efetivamente seja realizada a capacitação da pessoa idosa para alta hospitalar necessita-se identificar e avaliar a sua condição seguida da promoção de atividades de educação em saúde voltadas a pessoa idosa, contextualizadas às suas necessidades e seu contexto social/familiar, de modo a oportunizar um espaço dialógico que possa ser incorporado tanto à prática profissional do enfermeiro assistencial como pela pessoa idosa e sua família. Portanto, questionou-se: Como implementar a capacitação da pessoa idosa hospitalizada, cuidadores/familiares e enfermeiros para os cuidados necessários pós-alta em um hospital? Assim, o presente estudo apresentará uma proposta de implementação de capacitação para a alta hospitalar na prática assistencial do enfermeiro voltada a pessoa idosa e sua rede de apoio como estratégia para continuidade do cuidado.

Objetivo: Implementar a capacitação da pessoa idosa hospitalizada, cuidadores/familiares e enfermeiros para os cuidados necessários após alta hospitalar em um hospital Universitário do Sul do Brasil.

Método:

Instrumentalização:

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo qualitativo em que se utilizou a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA foi escolhida como referencial metodológico justamente pelo seu diferencial: o pesquisador em estágio de imersão na assistência, neste caso a própria pesquisadora atuava como enfermeira assistencial no local em que o estudo foi desenvolvido. O estudo obedeceu às etapas propostas pela PCA: a concepção, a instrumentação, a perscrutação e a análise dos dados (Trentini; Paim; Silva, 2018). Como referencial teórico, foi utilizada a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, pela adequação ao propósito do estudo ao abordar o processo de hospitalização e desospitalização da pessoa idosa (Meleis, 2012).

Cenário do estudo: O estudo foi realizado na unidade de internação/clínica médica de um Hospital Universitário do sul do País, no período de janeiro a junho de 2023. A unidade escolhida possui 29 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, pneumologia e oncologia-hematologia. A escolha da unidade teve como fatores determinantes: elevada taxa de internação de pessoas idosas e por se tratar de uma PCA, foi escolhida por ser uma lacuna emergente a ser trabalhada descrita na literatura e vivenciada na atuação assistencial diariamente.

População e critérios de inclusão: Os sujeitos do estudo foram pacientes idosos hospitalizados e seus familiares e enfermeiros da unidade de internação no qual o estudo foi desenvolvido no período determinado. Para os enfermeiros não houve critérios de exclusão, assim todos que aceitaram participar do estudo compuseram a amostra. Os enfermeiros, como membros da equipe e comprometidos com o estudo participaram da identificação de idosos com necessidade de continuidade do cuidado, bem como contribuíram na elaboração do material educativo construído para capacitação dos idosos e familiares.

Em relação aos idosos seguiu-se os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar em um dos municípios de Santa Catarina; paciente e/ou familiar possuir capacidade cognitiva para manter diálogo adequado; paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente, além de apresentarem alguma necessidade de continuidade do cuidado, segundo os critérios estabelecidos no estudo, sendo eles: idosos com doenças crônicas de difícil manejo ou má adesão; idosos com alta hospitalar com dispositivos; em cuidados paliativos que retornarão ao domicílio; com lesões de pele e estomas; com necessidade de reabilitação; com necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar; com histórico de internações frequentes e outras demandas que possam ser identificadas como necessidade de continuidade de cuidado.

Coleta e organização dos dados: A coleta de dados da implementação da capacitação de idosos e seus familiares para a alta hospitalar foi precedida de duas etapas: identificação dos idosos hospitalizados; seguida da avaliação daqueles que necessitavam de cuidados continuados, realizada através de um roteiro estruturado, exame físico e aplicação da escala de Katz e teste de Folstein e após, realizou-se a capacitação dos idosos e familiares das demandas identificadas. Um instrumento foi elaborado contendo as demandas de cuidado para a alta hospitalar segura, com um local para preencher a demanda de cuidado que foi

capacitada e por qual profissional foi elaborado. Esse instrumento foi deixado no prontuário para ser preenchido e abordado durante o período de internação do paciente. Uma cópia do instrumento ficou com a pesquisadora para controle e posterior análise dos dados. Já a elaboração do material educativo foi realizada juntamente com os enfermeiros assistenciais, na forma impressa e com imagens e pequenos trechos de textos. O processo de construção, adequação e aplicação do material educativo faz parte dos resultados desse artigo.

Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu de acordo com três etapas propostas pela PCA: apreensão, síntese e teorização, ou seja, a busca pelas informações essenciais registradas na coleta de dados, organização e transcrição atenta das falas; leitura e releitura aprofundada dos dados coletados culminando na aproximação do conteúdo das falas mediante as semelhanças e diversidades para posterior codificação. Os códigos utilizados foram sendo agrupados e reagrupados por semelhança chegarem nos códigos finais. Os dados objetivos coletados junto aos idosos durante a hospitalização foram organizados em uma planilha e analisados descritivamente.

Aspectos éticos: Para a realização da pesquisa foram obedecidas as normas éticas determinadas nas Resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do Parecer N°. 5.766.001. Na coleta de dados, foi assegurado o sigilo das informações e todos os participantes concordaram em participar do estudo assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados:

A amostra foi composta por 30 idosos, internados em uma das clínicas médicas do hospital do estudo no período de janeiro a junho de 2023 seguindo os critérios de inclusão. Dos 30 idosos, 13 tinham entre 60 e 69 anos, dez de 70 a 79 anos e sete 80 anos ou mais, sendo 17 mulheres e 13 homens. Em relação à escolaridade, dois idosos nunca estudaram, 17 não completaram o ensino primário (8ª série) e não sabiam ler e escrever ou apresentavam muita dificuldade, sete completaram a 8ª série, três o segundo grau completo e um ensino superior. Referente à renda, 26 responderam recebiam algum tipo de renda e quatro não;

também foram questionados se a renda era suficiente para seus gastos e 12 participantes responderam não e 18 sim.

Os dados coletados passaram pelas etapas propostas pelo método o que resultou em duas categorias: Promovendo a continuidade do cuidado através da capacitação dos cuidados necessários pós-alta hospitalar para a pessoa idosa e Estratégia para a implementação da capacitação para alta hospitalar na rotina do enfermeiro assistencial.

A primeira categoria temática emergiu dos dados relacionados ao processo de capacitação das pessoas idosas para a transição frente à alta hospitalar e a segunda, relacionam-se as estratégias utilizadas para a realização da capacitação dos enfermeiros a partir das demandas de cuidados necessários pós-alta hospitalar e sobre como incorporar à prática assistencial na perspectiva da transição do cuidado continuado, conforme descritas abaixo.

Promovendo a continuidade do cuidado através da capacitação da pessoa idosa dos cuidados necessários pós-alta hospitalar.

As demandas para capacitação de cada paciente foram levantadas durante as etapas de identificação e avaliação das pessoas idosas que necessitaram de continuidade de cuidados pós-alta e, após levantamento por meio de instrumento para a organização dos cuidados necessários a serem capacitados.

Os cuidados mais demandados pelas pessoas idosas foram referentes à necessidade de identificação dos sinais de alerta, cuidados com medicações, cuidados com alimentação, prevenção de lesão por pressão, cuidados com curativos, prevenção de infecções relacionadas à saúde/importância da lavagem das mãos e orientações sobre higiene do paciente (higiene oral e banho no leito).

Para os pacientes que necessitavam de cuidados específicos foram abordados cuidados com traqueostomia (aspiração e técnica de recolocação), suporte ventilatório (oxigenoterapia domiciliar) e com as estomias; prevenção de quedas e infecção trato urinário, orientações sobre Diabetes Mellitus e cuidados com a administração de insulina; malefícios do tabagismo, cuidados com o ambiente e adaptações no domicílio para necessidades da pessoa idosa.

As capacitações foram realizadas em até quatro dias anteriores à alta. Para seu o desenvolvimento foram utilizados os seguintes materiais: canetas de insulina, glicosímetro e fita glicêmica, caixas organizadoras de medicação, vídeos demonstrativos de realização de

curativo e de técnica de aplicação de medicações subcutânea, plano de alta impresso e criou-se um livro de orientações dos cuidados necessários para a alta hospitalar voltado a pessoa idosa.

A partir do conhecimento das demandas de cuidado após alta hospitalar optou-se por elaborar um material educativo/livro de orientações como estratégia de capacitação, o qual foi construído com a contribuição dos enfermeiros assistenciais, seguindo as evidências de cuidados a pessoa idosa dispostas na literatura. O livro de orientações no formato A3 foi preparado com imagens grandes, coloridas e pouco textual, para orientar o paciente e familiar conforme as necessidades de cuidado identificadas durante a etapa de identificação e avaliação. Algumas adaptações foram necessárias para os pacientes analfabetos, contendo apenas ilustrações, ou seja, sem nenhum texto conforme a necessidade, novas orientações eram elaboradas e inseridas no livro de orientações. Cabe ressaltar que o livro utilizado na capacitação possui orientação não aprofundada sobre as demandas, informações práticas e objetivas, com intuito que possa efetivamente ser utilizado na prática assistencial dos enfermeiros para planejamento e capacitação dos cuidados pós-alta hospitalar.

Apenas as páginas do livro que expressavam relação com as demandas de cuidados dos pacientes eram utilizadas para a capacitação da pessoa idosa e seus familiares; ou seja, orientações individualizadas para cada idoso e familiar participante. Ao longo da capacitação as dúvidas dos pacientes e familiares eram sanadas e ao final, as orientações eram entregues impressas, juntamente com o plano de cuidados, e a enfermeira/pesquisadora se colocava a disposição para responder as dúvidas.

A versão final do livro de orientações possui 13 páginas, divididas em: 1) Continuidade dos cuidados; 2) Cuidados com o ambiente; 3) Cuidados com pacientes acamados; 4) Cuidados com sonda vesical de demora; 5) Cuidados com sonda para alimentação; 6) Cuidados com ostomias intestinais; 7) Cuidados com curativos; 8) Cuidados com Diabetes Mellitus; 9) Cuidados com Diabetes- uso de insulina; 10) Cuidados com oxigênio domiciliar; 11) Cuidados com traqueostomia; 12) Prevenção de infecção urinária; 13) Sinais de alarme.

Figura 7: Ilustração de partes do livro de orientações utilizado na capacitação, 2023.



Fonte: Elaboração da própria autora (2023).

O retorno dos pacientes e familiares em relação às orientações contidas no livro foram muito satisfatórias: ID 4: “Eu queria que você me desse um livrão desse para levar pra casa”, ID 17 “Consegui entender o que você está mostrando”, ID22: “eu quero um desse com a letra grande pra levar embora para lembrar das coisas”. Acredita-se que as imagens coloridas, folhas grandes, informações sucintas e objetivas personalizadas/voltadas as necessidades de cada pessoa idosa hospitalizada contribuíram para que o livro pudesse ser utilizado como ferramenta para planejamento da alta.

Estratégia para a implementação da capacitação para alta hospitalar na rotina do enfermeiro assistencial

Na realidade da prática assistencial hospitalar, nas unidades de clínica médica, as demandas de cuidado direto ao paciente tomam muito tempo do enfermeiro, dificultando a realização de ações educativas. Assim, para implementar práticas educativas no ambiente hospitalar foram necessárias algumas ações: Inicialmente para a implementação de novas

atividades assistenciais foi preciso contar com o envolvimento e engajamento da equipe e da gestão.

Concomitantemente ao início desta pesquisa, teve-se a criação e início das atividades de um Escritório de Gestão de Altas no hospital e foram utilizadas estratégias para difundir a cultura hospitalar do planejamento da alta com um ciclo de workshops referente a temática, nesses workshops foram convidados palestrantes de diferentes pontos da rede de atenção em saúde e estimulada a participação de profissionais da gestão e as diferentes categorias profissionais que compõe a assistência. O intuito da ação foi a integração, sensibilização e aproximação com a temática.

Vale ressaltar que a sensibilização em relação ao envolvimento da família no momento de preparo para a alta hospitalar tem lugar de destaque. No contexto da pessoa idosa, trabalhar na perspectiva do binômio família-idoso tornar-se imprescindível para a efetivação dos cuidados necessários.

Realizada a sensibilização inicial, foi preciso elaborar e implementar estratégias para que a capacitação pudesse ocorrer dentro das possibilidades que as demandas assistenciais ocorriam. Conhecer e vivenciar essa rotina foi um diferencial. Com isso, teve início à criação do material educativo, no caso, o livro de orientações. O livro de orientações foi elaborado a partir das demandas de cuidados necessários após alta hospitalar identificados nas etapas iniciais dessa pesquisa e como estratégia objetiva e adaptada a prática assistencial. Optou-se pela criação de um formulário online para que os enfermeiros pudessem contribuir e dar sugestões no material educativo.

O material educativo/livro de orientações ainda foi planejado para tornar-se o plano de cuidados para a alta dos pacientes, ou seja, folders com as mesmas orientações que compõem o livro são entregues durante o processo de preparação para alta hospitalar. O plano de cuidados de enfermagem entregue tem a limitação de não ter a contribuição da equipe multiprofissional.

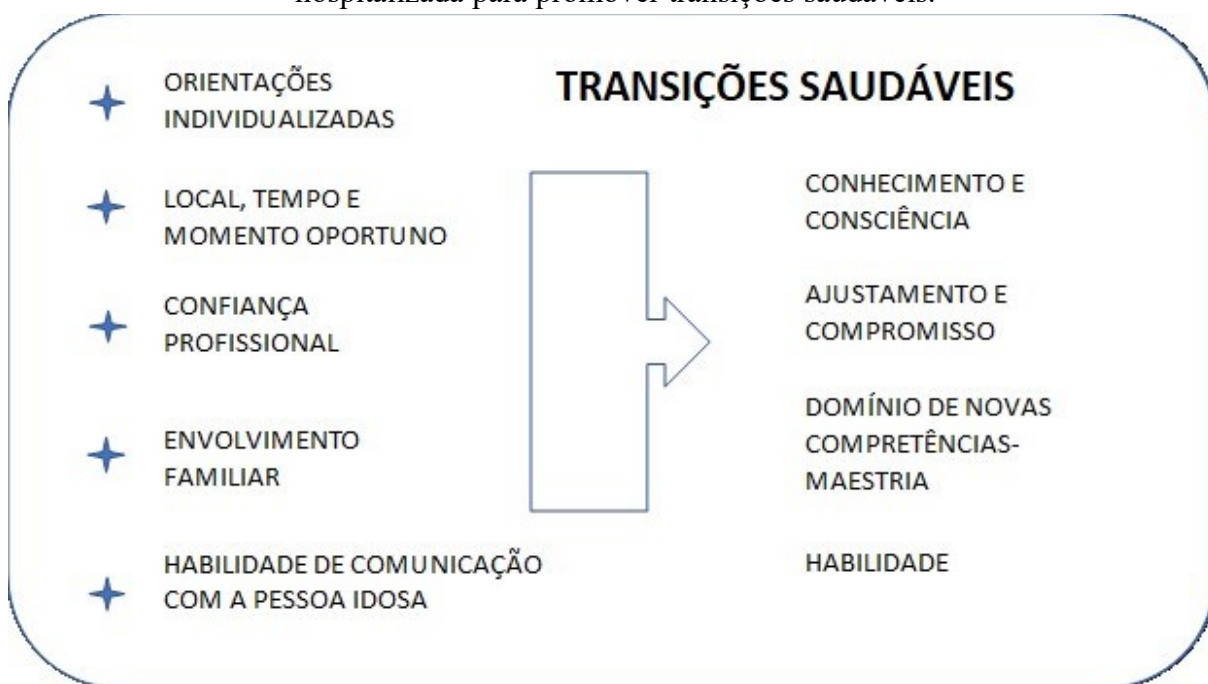
Algumas dificuldades e potencialidades foram observadas nesse processo. A falta de comunicação e da cultura hospitalar de planejamento da alta dificulta o desenvolvimento da capacitação, pois não se tem a previsão de alta e em alguns casos a alta acontece subitamente. A elevada demanda dos enfermeiros assistenciais e de materiais disponíveis para educação em saúde também dificulta tais ações e pode ser evidenciada nos relatos dos enfermeiros a seguir: ENF 2 ²² “o preparo do paciente para alta é muito importante, o problema é tempo para

pararmos e fazer isso”; ENF 4: “*é importante e preciso, mas na rotina de hoje quase impossível*”.

Discussão:

A capacitação/planejamento para a alta no ambiente hospitalar vem ao encontro do que traz a teoria das transições, utilizada como marco teórico dessa pesquisa, justamente por atuar em um momento de transição em que ocorre a desconexão com a rede social habitual e requer que o indivíduo incorpore novos conhecimentos. O ambiente hospitalar pode ser oportuno para novos aprendizados, pois diante da hospitalização e na alta hospitalar, a familiar, é frequentemente buscar subsídios e informações para o cuidado do idoso no domicílio (Meleis, 2012).

Figura 8: Fatores que influenciam na capacitação dos cuidados para alta da pessoa idosa hospitalizada para promover transições saudáveis.



Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Diferentes fatores influenciam o processo capacitação da pessoa idosa no ambiente hospitalar para promover um período de transição saudável, ou seja, quando o indivíduo e sua rede de apoio têm o domínio nos comportamentos e sentimentos relacionados ao novo papel e identidade; esses fatores têm papel primordial para que o indivíduo consiga incorporar

conhecimento, consciência, ajustamento e compromisso presentes nas transições e assim, adquirir maestria e a habilidade tornando-a uma transição saudável (Meleis, 2012).

As famílias mais organizadas, sem conflitos relacionados ao cuidado com a pessoa idosa se mostram mais envolvidas no processo de capacitação; o local e momento para capacitação se mostraram como diferenciais para a receptividade do paciente as orientações fornecidas, bem como, o vínculo e a confiança no profissional. O tempo e a quantidade de informações fornecidas também precisam ser adequados à pessoa idosa e seus familiares, no sentido de perceberem o quanto conseguem absorver de orientações naquele determinado momento para assumir novas demandas de cuidado ou reforçar e readequar aquelas já conhecidas; e sem dúvidas, a sensibilidade para capacitação da pessoa idosa com a utilização das estratégias de comunicação com orientações individualizadas, avaliação do nível cognitivo e nível de escolaridade são indispensáveis nesse momento.

O planejamento da alta qualifica o atendimento, reduz os riscos de complicações e reinternações após a internação hospitalar e está prevista na legislação brasileira. Ainda assim, não existe um consenso para sua operacionalização e cada instituição hospitalar estabelece seu próprio fluxo de trabalho. Dentro desse contexto, diferentes barreiras para efetivação de ações de planejamento da alta se repetem na literatura: problemas de comunicação e trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho do enfermeiro assistencial e carência de educação permanente referente a temática mostram-se prevalentes nos estudos (Brasil, 2013; Souza *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2017; Acosta *et al.*, 2018)

A educação permanente para o planejamento da alta não tem sido uma prática comum nos hospitais. Um estudo realizado em São Paulo encontrou como barreiras para a implementação das melhores práticas para a transição da pessoa idosa da internação para o domicílio justamente a ausência de um plano de cuidados individualizado para os idosos internados e a necessidade de materiais educativos para o planejamento da alta (Costa *et al.*, 2020b).

Apesar das dificuldades para realização de atividades educativas e limitações relacionadas à sobrecarga de trabalho, os enfermeiros de maneira geral reconhecem a importância do planejamento da alta e exercem papel central para garantir a continuidade do tratamento, os quais gerenciam e identificam, junto à equipe interprofissional situações que requerem maior demanda de atenção no domicílio (Hayajneh *et al.*, 2020).

As atividades educativas contribuem para o entendimento dos cuidados pelos pacientes e familiares principalmente quando utilizada comunicação clara e objetiva, uso de linguagem simples, ilustrações e feedback de informações. A educação em saúde ainda favorece o uso correto e consciente de medicações, estimula o autocuidado, aumenta a adesão ao tratamento e atua na redução de reinternação e de mortalidade. O foco nas necessidades individuais do paciente e família e no cuidado compartilhado está associado a processos de transições de maior qualidade (Weber *et al.*, 2017; Lima *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2020b).

Apesar da educação em saúde ainda ser pouco aplicada na prática assistencial no ambiente hospitalar, a permanência do paciente e sua rede de apoio no hospital permite que o enfermeiro possa criar vínculo, conhecer o contexto social, econômico e familiar desse idoso, permite o exame físico, o estímulo para autocuidado, adequação das atividades diante do contexto atual de saúde e identificação das necessidades de continuidade dos cuidados que precisam ser abordadas, no sentido de, promover alta segura para a pessoa idosa e sua família.

Neste estudo, encontrou-se a necessidade de realizar orientações desde as menos complexas, até cuidados específicos. A criação do material de prevenção de infecção do trato urinário (ITU) emergiu da demanda dos sujeitos do estudo: internação por ITU, reinternações déficit dos pacientes e familiares na identificação dos sinais de ITU e sua forma de prevenção na pessoa idosa. Estudos em diferentes cenários apontam a elevada prevalência ITU em pessoas idosas, principalmente as que fazem uso de sonda vesical e fralda (Bizo *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021).

Os sinais de alerta foram trabalhados com todas as famílias e pacientes, no sentido de, não deixar agravar a condição de saúde para procurar ajuda. Na prática assistencial, por vezes, o idoso chega com quadro agravado, e em determinadas situações não é possível reverter. Além do fato que, o ambiente hospitalar e a hospitalização em si denotam diferentes e difíceis implicações na vida da pessoa idosa e seus familiares (Santos *et al.*, 2023).

Acredita-se que a boa receptividade da capacitação também esteja relacionada com as habilidades de comunicação com a pessoa idosa, estratégia para o seu desenvolvimento (local, duração, momento oportuno), vínculo profissional, estímulo da pessoa idosa e familiar estar consciente da situação, ou seja, ser parte integrante do contexto no qual se encontra inserido. O estudo de Oliveira *et al.* (2022) mostrou que muitas vezes as orientações realizadas por enfermeiros estão centradas a cuidados diretos, como cuidados relacionados

com ferida operatória e que orientações relacionadas a sinais de alerta e possíveis complicações são remotas.

Tentou-se aliar a capacitação voltada as necessidades da pessoa idosa ao Plano de Cuidados como uma estratégia de estímulo e para implementação do mesmo. Um estudo brasileiro buscou analisar a qualidade da transição do cuidado de 156 idosos que receberam alta do hospital para casa e evidenciou a importância de envolver os familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados, para que eles participem efetivamente nas decisões relacionadas ao desenvolvimento e execução do plano de cuidados (Tomazela *et al.*, 2023).

A falta de cultura hospitalar referente ao planejamento da alta, muitas vezes, também se mostra como dificuldade a implementação dessas ações (Oliveira *et al.*, 2022 e Valente *et al.*, 2022). A gestão dos hospitais precisa estar atenta a este olhar e buscar a efetivação de estratégias consistentes de transição de cuidados. A coordenação das transições de atendimento é especialmente importante para pacientes com diversas necessidades de saúde e comorbidades múltiplas, como os idosos, e requerem profissionais capacitados e recursos de apoio no momento da alta (Lima *et al.*, 2018).

Considerações finais e contribuições para a enfermagem:

São notórias as dificuldades encontradas para a elaboração e implementação de atividades educativas relacionadas ao planejamento da alta hospitalar na rotina do enfermeiro. Este estudo buscou mostrar a elaboração e implementação de uma estratégia educativa, bem como descreveu as estratégias utilizadas para sua operacionalização, tendo como limitação a falta do envolvimento da equipe multiprofissional. A capacitação para a alta com materiais objetivos, uso de ilustrações e voltados à necessidade de cada pessoa idosa mostrou-se oportuna e com boa receptividade pelos participantes.

Com base no Referencial Teórico, foi possível identificar os fatores que contribuem para uma transição saudável da pessoa idosa do hospital para o domicílio. Nesse sentido, essa pesquisa buscou apresentar a importância de o enfermeiro realizar o planejamento da alta hospitalar, qualificando o cuidado prestado e promovendo mudança na prática assistencial- obedecendo assim aos preceitos da Pesquisa Convergente Assistencial.

Acredita-se que com o envolvimento e engajamento da equipe, estratégias educativas objetivas e pensadas de maneira que possam ser incorporadas a assistência e com a instituição

da cultura hospitalar do planejamento da alta é possível que o enfermeiro possa desenvolver atividades voltadas para a superação das barreiras enfrentadas pela pessoa idosa e seu familiar na continuidade do cuidado pós alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. DA. La hospitalización como espacio para la educación en salud a las personas con diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 37-45, 25 mar. 2020.
- BASIC, D. et al. “Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study.” **Australasian journal on ageing** vol. 36,4 (2017): E57-E63.
- BELGA, S. M. M. F. et al. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, **Diário Oficial da União**, 2013.
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020a.
- COSTA, MariaFernanda Baeta Neves Alonso et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020b.
- BIZO, M. et al. Recorrência da internação por infecção do trato urinário em idosos. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, 2021.
- HAYAJNEH AA et al. Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. **NURS OPEN**. 2020;7(5):1313-20. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/NOP2.547](https://doi.org/10.1002/nop2.547)
- LIMA, M. A. D. DA S. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018.

LOPES, V. J. et al. Participação do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar / Participation of nurses in hospital discharge planning. **Rev. enferm. UFPE on line**; 13(4): 1142-1150, abr. 2019.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

OLIVEIRA, E. S. et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210192, 2022.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D. M. G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2018.

TAVARES, J. P. DE A.; NUNES, L. A. N. V.; GRÁCIO, J. C. G.. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3399, 2021.

VALENTE, S.H. et al. Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 345-53, 2019..

SANTOS, A. C. et al. Risco de violência, doenças autorreferidas e fragilidade em pessoas idosas hospitalizadas. **Acta Paul Enferm**, v. 36, eAPE006231, abr. 2023

SILVA, JLA DA. et al. Fatores associados à infecção do trato urinário em uma instituição asilar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200813, 2021.

SOUZA N. F. de, et al. Planejamento da alta hospitalar para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: desafios à atuação do enfermeiro. **Cogitare enferm.**, v. 25, 2020.

TOMAZELA, M. et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00291, 2023.

VALENTE, S. H. et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE02687, 2022.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n.3, e47615, 2017.

6.3 MANUSCRITO 3: A TELECONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA DE CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NO PÓS-ALTA HOSPITALAR

Resumo: A teleconsulta de enfermagem à pessoa idosa possibilita promover a saúde; controlar as condições crônicas; a continuidade da assistência no sistema de saúde. *Objetivo:* Realizar a teleconsulta de enfermagem como estratégia de continuidade do cuidado da pessoa idosa no pós-alta hospitalar. *Método:* Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) desenvolvida em um hospital universitário do Sul do Brasil, com 27 idosos hospitalizados e seus familiares, no período de janeiro a junho de 2023. A coleta de dados foi realizada via teleconsulta, entre sete e 30 dias pós-alta hospitalar por meio de um roteiro semiestruturado e analisado conforme preconiza a PCA, com os processos de apreensão, síntese e teorização. *Resultados:* a teleconsulta de enfermagem foi realizada com 23 pessoas idosas e possibilitou o acompanhamento pós-alta hospitalar e mostrou-se uma estratégia eficaz para a continuidade do cuidado. Três categorias emergiram dos dados: acompanhamento da pessoa idosa pós-alta hospitalar; o cuidado pós-alta hospitalar na perspectiva da pessoa idosa e familiares; e o atendimento das necessidades de saúde da pessoa idosa para a continuidade do cuidado. *Considerações finais:* o acompanhamento via teleconsulta possibilitou o esclarecimento de dúvidas em tempo oportuno contribuindo para evitar a busca desnecessária a emergência, continuidade do cuidado na APS e em outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como o conhecimento de dificuldades enfrentadas no retorno ao domicílio pós-alta hospitalar. Suscitou discussão referente ao modelo da atenção ao idoso e necessidade de expansão da APS no Brasil para atendimento as necessidades da crescente população idosa do país.

Descritores: Idoso. Alta do paciente. Enfermeiro. Cuidado Transicional. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Introdução:

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em março do ano de 2020, aprovou a resolução N° 634/2020, que autorizou e normatizou a Teleconsulta de enfermagem como estratégia de enfrentamento e combate à pandemia provocada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) incluindo entre as atribuições do enfermeiro o atendimento de saúde ao usuário de forma remota por meio de uma nova configuração da consulta de enfermagem (COFEN, 2020).

Mais recentemente, no ano de 2022, o COFEN lançou a resolução N° 696/2022, alterada pelas RESOLUÇÕES COFEN N° 707/2022 e N° 713/2023, que normatizou a atuação da Enfermagem na Saúde Digital no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada, instituindo a Telenfermagem. A telenfermagem usa as tecnologias da informação e comunicação para a prestação de cuidados de enfermagem, permitindo a interação entre o

enfermeiro e a pessoa, à distância, englobando a Consulta de Enfermagem, Interconsulta, Consultoria, Monitoramento, Educação em Saúde e Acolhimento da Demanda Espontânea mediadas por Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) (COFEN, 2022).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a teleconsulta pode ser definida como uma consulta remota que contempla interações entre um profissional de saúde e um paciente com o objetivo de fornecer aconselhamento ou diagnóstico terapêutico por meio eletrônico (OPAS, 2020).

Para realização da teleconsulta de enfermagem com a pessoa idosa, alguns cuidados prévios ao atendimento precisam ser considerados: consentimento da pessoa idosa ou familiar responsável, consulta ao prontuário, agendamento com paciente e família e garantia do funcionamento dos recursos audiovisuais. Ao iniciar o teleconsulta é importante, sempre que possível, dirigir os questionamentos a pessoa idosa envolvendo-a e estimulando a sua participação. Em relação ao registro da teleconsulta este é obrigatório e pautado na sistematização e processo de enfermagem (Dalla Lana *et al.*, 2020, p. 57).

A teleconsulta de enfermagem demanda do enfermeiro uma atitude empática, compreensiva, sem julgamentos, versátil com intuito de contribuir para a verbalização acerca de pensamentos, emoções e sentimentos, sempre permitindo à realização de perguntas (SRC-OE, 2021; Gomes *et al.*, 2021).

Na perspectiva da enfermagem, a teleconsulta à pessoa idosa possibilita promover a saúde, controlar as complicações de condições crônicas, reduzir os custos no sistema de saúde, e prevenir o uso inadequado dos serviços de emergência (Lana *et al.*, 2020). Ao longo dos anos os estudos vêm mostrando o atendimento remoto com bons resultados em diferentes cenários: controle do Diabetes Mellitus tipo 2 (Schroder, *et al.* 2020), saúde mental (Luca *et al.*, 2016), redução da ansiedade (Machado, *et al.* 2020).

No contexto hospitalar, a teleconsulta mostrou-se promissora no acompanhamento pós-alta hospitalar de idosos com demência ao diminuir a sobrecarga e o desgaste dos cuidadores e auxiliar na manutenção da capacidade dos idosos para atividades de vida diária (Santana *et al.*, 2020), e no pós-operatório na realização do autocuidado e melhor aderência ao regime terapêutico (Pereira *et al.*, 2016).

Estudos têm sido realizados para o acompanhamento de pessoas idosas após a alta hospitalar por meio da teleconsulta de enfermagem, na perspectiva da continuidade do cuidado, considerando que a alta hospitalar é um momento de mudanças nas quais há

alterações em medicações anteriormente conhecidas e em relação às necessidades de cuidados no domicílio. Essas mudanças, por vezes, não são abordadas de modo eficaz durante a internação hospitalar, proporcionando fragmentação dos cuidados pós-alta. Destaca-se que este é um momento que requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, principalmente idosos e pessoas com doenças crônicas, que têm necessidades de saúde persistentes e contínuas. Segundo os autores, o intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta, até o momento em que é recebido no próximo serviço é conceituado como Transição do Cuidado (Ghenó; Weis, 2021; Bernardino *et al.*, 2021).

O sucesso da transição do cuidado da pessoa idosa do hospital para domicílio depende do planejamento da alta hospitalar envolvendo paciente e familiares /cuidadores de acordo com suas necessidades, acompanhamento pós-alta e apoio domiciliar e garantia da continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. A transição efetiva reduz eventos adversos evitáveis, como erros de medicação, quedas e infecções pós-operatórias, e, reduz custos, taxas de reinternação e busca por serviços de emergência (Costa *et al.*, 2020).

Considerando uma importante estratégia de transição do cuidado o acompanhamento pós-alta como, torna-se uma necessidade nos serviços de saúde. Sabendo ainda, que neste período pós-alta o cuidador, geralmente familiar, , atua efetivamente na recuperação da pessoa idosa poderá enfrentar dificuldades e realizar o acompanhamento via teleconsulta de enfermagem poderá continuar sendo uma estratégia eficaz para promover a continuidade do cuidado no domicílio. Neste sentido, este estudo tem como:

Objetivo: Realizar a teleconsulta de enfermagem como estratégia de continuidade do cuidado da pessoa idosa no pós-alta hospitalar.

Método:

Instrumentalização:

Tipo de estudo: Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a qual se origina de uma situação problema da prática assistencial de saúde e a ela retorna com soluções teorizadas para melhoria do cuidado (Trentini, Paim, Silva, 2023).

Cenário do estudo: O estudo foi desenvolvido em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário do Sul do Brasil no período de coleta de dados, ou seja, de janeiro a junho de 2023. Esta unidade, no momento da coleta dos dados, contava com 29

leitos, divididos em 12 quartos, e uma equipe de enfermagem composta, em média, por cinco técnicos e dois enfermeiros por turno. Poderia colocar como parte do cenário, a intenção de implementação de um processo de transição.

Participantes do estudo: 27 idosos e seus familiares hospitalizados em uma unidade de internação de clínica médica participaram do estudo, porém com quatro participantes não se obteve sucesso nas teleconsultas. Os idosos seguiram os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; morar em um dos municípios de Santa Catarina; paciente e/ou familiar possuir capacidade cognitiva para manter diálogo adequado; paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente, além de apresentarem alguma necessidade de continuidade do cuidado.

O escopo das necessidades de continuidade de cuidado elencadas foram aquelas relacionadas à doença crônica de difícil manejo ou má adesão; alta hospitalar com dispositivos; cuidados paliativos que retornarão ao domicílio; lesões de pele e estomas; necessidade de reabilitação; necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar e histórico de internações ou quedas frequentes.

Coleta e organização dos dados: Para coleta de dados foi utilizado um instrumento semiestruturado aplicado pela pesquisadora nas teleconsultas contendo perguntas referentes a situação atual de saúde, orientações recebidas para alta hospitalar, continuidade do cuidado na atenção primária, cuidados no domicílio, dificuldades e espaço para dúvidas. Os dados coletados foram organizados em pastas contendo um código padronizado para identificar cada participante do estudo (ID 1, ID2, ID 3..) e armazenados em software Excel® .

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2023, via teleconsulta, através de contato via ligação telefônica ou trocas de mensagem via aplicativo *WhatsApp*, as quais foram previamente acordadas durante o período de internação. Cabe esclarecer que os participantes, durante o período de internação hospitalar foram acompanhados pela pesquisadora, que realizou a capacitação e orientações da pessoa idosa e seus familiares/cuidadores para alta hospitalar segura, bem como, a contrarreferência para atenção primária.

No planejamento inicial para o acompanhamento pós-alta hospitalar todos os contatos pessoais seriam por ligação telefônica, porém houve a necessidade de adaptação para uso de mensagens por meio do aplicativo *WhatsApp*, com intuito de não perder o seguimento

resultando numa melhor adaptação para o contato com os pacientes e considerando as tecnologias de comunicação disponíveis.

A coleta foi realizada em dois momentos: Aos sete dias após alta hospitalar e aos trinta dias após a alta hospitalar. As teleconsultas que propiciaram a coleta de dados desta etapa variaram entre 10 e 40 minutos de duração.

Análise dos dados: Os dados foram analisados conforme o preconizado pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que teve suas raízes no estudo de Morse e Field (1995) e incluiu nesta fase, três subprocessos: apreensão, síntese e teorização.

No processo de apreensão realizou-se o resgate das informações, em que, os dados coletados durante as teleconsultas foram transcritas literalmente em um editor de texto; realizada a codificação dos dados e assimilação do conteúdo de forma ampliada (Trentini, Paim, Silva, 2023).

Os processos de síntese e teorização procederam com a abertura dos dados e o agrupamento dos códigos semelhantes e a designação de títulos que representassem seu conteúdo. Esse modo de agrupamento possibilitou a construção de concepções teóricas que aproximam o pesquisador da compreensão do fenômeno de interesse (Trentini, Paim, Silva, 2023). A saturação dos dados foi identificada quando se identificou a solidez para elaboração das categorias finais.

Aspectos éticos: O estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes éticas de pesquisa, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), Parecer número 5.766.001. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo, por escrito, pessoalmente pela pesquisadora.

Resultados:

Dos 27 participantes que retornam ao domicílio após hospitalização, obteve-se sucesso no acompanhamento de 23. Das teleconsultas, sete foram realizadas com o próprio paciente e 16 com os familiares. Dos familiares/cuidadores 15 eram mulheres, sendo filha (11), esposa (1), ex-esposa (1), sobrinha (1) e nora (1) e apenas uma teleconsulta foi realizada com o cuidador sendo homem e filho de um dos participantes.

Os sujeitos do estudo apresentavam idade entre 61 e 94 anos, maioria do sexo feminino e com escolaridade abaixo de oito anos de estudo, com internações prévias e frequentes idas a serviços de emergência. As comorbidades mais frequentes foram Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, tabagismo e cardiopatias. Em relação a condição de dependência funcional, cerca de metade dos participantes era independente e os demais possuíam algum nível de dependência.

Após a análise dos dados os resultados obtidos no acompanhamento pós-alta com as teleconsultas foram organizados teoricamente nas seguintes categorias: Acompanhamento da pessoa idosa pós-alta hospitalar; O cuidado pós alta hospitalar na perspectiva da pessoa idosa e familiares; O atendimento das necessidades de saúde da pessoa idosa para a continuidade do cuidado.

A primeira categoria intitulada **Acompanhamento da pessoa idosa pós-alta hospitalar** é composta pelas seguintes subcategorias: a) Continuidade do Cuidado na Atenção Primária; b) O reflexo das ações de planejamento da alta no acompanhamento pós-alta hospitalar e, c) Ações e orientações realizadas no acompanhamento pós-alta hospitalar.

a) Continuidade do Cuidado na Atenção Primária.

Através das teleconsultas pode-se verificar a continuidade do cuidado na UBS assegurada quando os usuários e seus familiares conseguem acesso e quando referenciados na alta. Foram realizadas consultas com médico e enfermeiro da equipe de saúde da família, acesso a medicações e materiais de curativo disponibilizadas pelo SUS, glicosímetro, insulinas, fitas de insulina, entrega de encaminhamentos, realização de curativos, agendamento de visita domiciliar, realização de visita domiciliar pelo médico enfermeiro, atendimento a demanda de troca de receita elaborada incompleta na internação hospitalar e retirada de pontos.

- *Foi a consulta com médico da família e com a enfermeira e a marcação do encaminhamento para consulta pelo geriatra já saiu (ID 2);*
- *A atenção deles está sendo maravilhosa (equipe UBS) (ID5);*
- *Eu acompanho regularmente na UBS, acompanho sobre a diabetes no posto, consultei antes de internar e já tenho uma nova consulta de rotina agendada (ID19).*

Algumas dificuldades relacionadas à atenção primária ainda persistem, entre elas: o acesso, troca frequente de profissionais e dificuldade de realização atividades domiciliares.

Há também a problemática da não disponibilização de medicações não padronizadas pelo SUS, fraldas e materiais específicos para curativo como mostram os depoimentos a seguir:

- *Não conseguimos agendamento da visita domiciliar na UBS pois a médica estava de férias (ID4);*
- *Por enquanto não tem vaga na agenda para atendimento no posto (ID6);*
- *estou preocupada com a troca de equipe da minha área, por enquanto está sem... (ID8);*
- *Não fizemos acompanhamento na UBS devido à distância (10km de estrada de chão) (ID16);*
- *Não consegui fraldas na UBS (ID16);*
- *UBS não tem como vir realizar curativo em casa (ID18);*
- *Não consigo acesso a UBS, precisa ir pela madrugada para tentar agendamento, antigamente conseguia ser atendida com facilidade e no posto só encaminham para o hospital (ID 21).*

É paradoxal a realidade de saúde no contexto deste estudo. O envelhecimento da população tem trazido novas demandas aos serviços de saúde, que por sua vez nem sempre consegue priorizar o atendimento das necessidades mais prementes deste grupo etário.

b) O reflexo das ações de planejamento da alta no acompanhamento pós-alta hospitalar

Durante o período de hospitalização dos participantes ocorreram ações de planejamento da alta com a capacitação das necessidades de cuidado pós-alta, contrarreferência dos pacientes junto às Unidades Básicas de Saúde, orientações de cuidados e foi também acordado que seriam realizados contatos via teleconsulta para acompanhamento após a alta hospitalar, como registrado no TCLE de cada participante que aceitou participar do estudo.

Os benefícios da convergência da pesquisa com a assistência e a formação de vínculo gerada durante a hospitalização possibilitou o encaminhamento e resolutividade na atenção aos pacientes e seus familiares nos diferentes níveis de atendimento dos serviços de saúde. Neste momento, pode-se avaliar o quanto diferenciado é, em termos qualitativos, a continuidade do cuidado na transição da hospitalização para o domicílio, quando ainda o paciente necessita de cuidados relevantes para o bem-estar da pessoa idosa e seu familiar cuidador. Os depoimentos dos participantes a seguir expressam sentimentos de gratidão (pelo

contato, atenção, orientações, cuidado, preocupação) mas também de alinhamento às orientações recebidas para cuidado após a internação hospitalar, como segue:

- *Estamos tomando cuidado para prevenção de infecção urinária como orientado (ID7);*
- *Fomos na consulta agendada por você no posto de saúde e pegamos as medicações (ID 1);*
- *...obrigada pela atenção, será um prazer atender, pode ligar quando quiser (ID7);*
- *Estou feliz com esse acompanhamento pós alta, obrigada pela preocupação (ID 5).*

c) Ações e orientações realizadas no acompanhamento pós-alta hospitalar.

O acompanhamento via teleconsulta proporcionou em tempo oportuno o esclarecimento de dúvidas, orientações e interconsulta com a equipe médica do hospital. Intervenções em diferentes situações puderam ser realizadas para garantir a continuidade do cuidado: orientações sobre como conseguir o seguimento no ambulatório de distúrbio do movimento do hospital, mesmo que a pessoa tinha perdido o documento de encaminhamento (ID2); Orientações referentes a consulta ambulatorial com equipe de cuidados paliativos indicando a opção da esposa poder vir até o hospital e deixar o celular com o esposo em casa para realizar a videochamada (ID4); contato com equipe médica para paciente não ficar sem medicação até processo de alto custo for liberado (ID28); além de orientações de cuidados e esclarecimentos de diferentes dúvidas que surgem no retorno ao domicílio, como demonstrado nas orientações repassadas pela enfermeira pesquisadora nos registros transcritos a seguir:

*“o senhor precisa procurar a UBS se glicemia permanecer elevada”,
“ é comum a forma de diferenciada de cicatrização da lesão da sua mãe pois nesse caso os pontos não são como estamos acostumados a ver”*

A categoria dois **O cuidado pós alta hospitalar na perspectiva da pessoa idosa e familiares** é constituída pelas subcategorias: a) Condições de saúde da pessoa idosa na alta hospitalar; b) Percepção da pessoa idosa do cuidado com a saúde no pós-alta; e, c) Autocuidado e as ações de cuidado com a pessoa idosa pós-alta hospitalar.

A subcategoria a) “Condições de saúde da pessoa idosa na alta hospitalar” mostra que condições e sintomatologias crônicas continuam presentes no pós-alta e condições agudas de saúde podem ser vivenciadas no dia a dia da pessoa idosa e seus familiares no retorno ao domicílio, como demonstram as afirmações a seguir registradas durante a teleconsulta:

- *Ele ainda mantém cansaço aos mínimos esforços (ID 4);*
- *A pressão as vezes dá alta, as vezes baixa demais (ID2);*
- *A glicemia alterou nos últimos dias e chegou a HGT de 464 ontem (ID 1);*
- *O quadro de dor nas costas é persistente (ID 6);*
- *Permanece com muita dor na perna direita e precisa de ajuda para tudo, tomar banho, trocar de roupa (..) (ID 21)*

Por outro lado, o acompanhamento via teleconsulta mostrou a adaptação e o controle das condições de saúde presentes em diferentes situações: controle da glicemia, adaptação ao uso de insulina, retorno de atividades habituais prévias a internação e evoluções relacionadas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

- *Está conseguindo caminhar aos poucos (ID11);*
- *Está lendo e voltando a ter autonomia em algumas condutas/tramites com filha especial (ID8);*
- *Iniciará fisioterapia uma vez por semana (ID 16);*
- *A glicemia chegou no máximo 140 (ID 8);*
- *Conseguindo caminhar sem auxílio de muletas novamente (ID 12).*

As condições de saúde vivenciadas no período pós-alta hospitalar, sejam elas crônicas ou agudas geram dúvidas e preocupações. Os relatos mostram preocupações com cicatrização de lesões, baixa ingesta e não adequação dos idosos a alimentação, falta de recursos para comprar medicações necessárias e não disponibilizadas pelo SUS e, com novas situações/demandas de saúde (rouquidão voz, edema em membros inferiores, aparecimento de pequenas lesões em partes do corpo, queda no domicílio) que surgem:

- *Estou preocupada pois apareceram pequenas bolinhas nas nádegas e está vermelho e ressecado (ID7)*
- *As bordas da ferida da perna da mãe perecem que estão saindo para fora (ID8);*
- *Estamos muito preocupados com o pé da amputação que está muito inchado (IDX);*

- *Semana passada foi chamado o SAMU pois a mãe teve uma crise de agitação e está confusa e agressiva (ID 23);*
- *Quer saber se essa minha doença (pênfigo) é contagiosa, estou com medo de passar pra minha família (ID12);*
- *Estou indo, pois mantenho a limitação nas pernas, sinto cada vez mais duras, mas ainda caminho (ID2).*

Em relação à subcategoria b) Percepção da pessoa idosa sobre o **cuidado** com a saúde no pós-alta, observa-se de que maneira a pessoa idosa ou familiar percebe sua condição pós-alta variando entre percepções positivas e negativas. Entre as percepções positivas destacam-se a adaptação a novos hábitos, melhora no estado de saúde, controle da dor, identificação de melhora da condição comparado a internação.

- *Estou quase adaptado ao uso da insulina (ID5);*
- *Percebemos uma melhora significativa da confusão comparada a da internação (ID15);*
- *Percebemos a melhora da falta de ar com medicação prescrita (ID4);*
- *Acredito que a lesão está melhorando e fechará (ID18).*

As percepções negativas estão relacionadas a condições de saúde em que não é percebido melhora nos cuidados de saúde.

- *Parece que a lesão não está cicatrizando e está esbranquiçada (ID3);*
- *A mãe não está bem, teve um novo episódio de trombose e está intubada na UTI (ID10);*
- *Ele permanece no mesmo quadro da internação, permanece resistente aos cuidados fazendo só o que quer (ID3);*

Na Subcategoria c) Autocuidado e as ações de cuidado com a pessoa idosa pós-alta hospitalar relacionados à continuidade de cuidados foram bastante explorados durante as teleconsultas. Dentre as ações/atividades realizadas com a saúde verificou-se que os idosos e familiares realizam algumas adaptações, em relação ao tratamento e cuidados por conta própria. Nem todas estas adaptações contribuem para um efetivo cuidado, não seguindo orientações da enfermagem e nem a prescrição médica. Sendo assim, observa-se um comprometimento do comportamento desejado de AC, entre elas: o não uso de medicações prescritas por acreditar não fazer bem (ID 5), ajustes de dose de insulina sem orientação (ID 16) e diminuição da quantidade de medicação anti-hipertensiva (ID18). No entanto,

comportamentos positivos de autocuidado e cuidados com a pessoa idosa também foram observados.

- *Alimentação está mais controlada, ele está menos teimoso e mais consciente (ID1);*
- *Está fazendo todos acompanhamentos e consultas solicitados e controlando a glicemia (ID5);*
- *Estamos usando creme na lesão por pressão e está melhorando (ID3).*

Por fim, a categoria três **O atendimento das necessidades de saúde da pessoa idosa para a continuidade do cuidado** constitui-se das seguintes subcategorias: a) Necessidades de cuidado pós-alta da pessoa idosa e b) Dificuldades vivenciadas no cuidado pós-alta da pessoa idosa.

Na subcategoria a) Necessidades de cuidado pós-alta da pessoa idosa, foram identificadas exigências da manutenção de seguimento dos tratamentos por meio de diversas consultas ambulatoriais, exames e encaminhamentos solicitados durante a hospitalização. Inclui-se entre as necessidades arranjos para obtenção de auxílio nos cuidados e adaptação do ambiente da casa para melhorar a acessibilidade e favorecer a rotina de cuidados, além clareza e iniciativa para o acionamento de um serviço de emergência ou para conduzir o paciente à um pronto atendimento. Uma paciente retornou à emergência do hospital e duas realizaram o acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (ID 23 e ID 10).

- *Coloquei barras nos banheiros, comprei colchão pneumático e uma comadre (ID 07);*
- *Estou ciente de todos os acompanhamentos com especialidades e retornos: geriatra, oftalmologista, equipe transplante, cardiologista, vascular (ID 05);*
- *Estava muitos dias sem evacuar e com muito desconforto então procurei a emergência (paciente em período pós-operatório de cirurgia para tratamento de câncer de intestino) (ID 14);*

Em relação a necessidade de busca de auxílio, para a continuidade do cuidado, foram citados membros da própria família sendo eles os filhos, sobrinhos, esposa, mas também outras pessoas não pertencentes a família como: “*enfermeira conhecida*”, “*irmã da igreja está ajudando*” e “*médica particular*”. Esses cuidados estão relacionados à ajuda com higiene, alimentação, locomoção, curativo, aplicação de insulina e organização de medicações.

Por fim, na subcategoria b) “dificuldades vivenciadas no cuidado pós-alta da pessoa idosa” variadas foram relatadas pelas famílias: falta de recursos financeiros para compra de medicações, fraldas e outros insumos não fornecidos pelo SUS; dificuldade de locomoção até UBS e aos locais de consultas médicas; resistência da pessoa idosa às exigências de cuidados (como curativo, ingestão consciente de medicações, alimentação), ou mesmo em relação a troca de profissionais. O acesso a UBS e o embaraço sobre como agir em quadros de agudização a exemplo dos casos de dispneia intensa (ID 10) e confusão e agressividade (ID 23) que levaram a necessidade de acionamento do serviço de emergência.

- *A mãe tem uma grande resistência em relação a alimentação para DM (ID16);*
- *Precisei comprar papaína e as medicações que o posto não fornece (ID12);*
- *Não consegui o atendimento no CEPON no tempo orientado, entrarão em contato quando tiver vaga (ID 14);*
- *Não que mais ir à acupuntura e no ambulatório de luto (ID 6).*

Diferentes perspectivas emergiram dos resultados obtidos durante o acompanhamento via teleconsulta de enfermagem após a alta hospitalar da pessoa idosa. As reflexões e discussões serão abordadas a seguir.

Discussão:

O acompanhamento pós-alta hospitalar via teleconsulta como estratégia para a continuidade do cuidado proporcionou o conhecimento de diferentes situações que ocorrem com a pessoa idosa. A análise desses resultados culminou no levantamento de discussões, sendo elas: Qual o modelo de atenção à saúde da pessoa idosa traz melhores resultados? Os serviços e insumos disponibilizados pelo SUS atualmente atendem as necessidades da população idosa? A APS consegue abranger entre suas atividades o atendimento domiciliar, os quais muitos idosos dependentes necessitam?

Diferentes atividades têm sido utilizadas por enfermeiros para promover a continuidade do cuidado e transição segura para o domicílio, entre elas: a implementação de estratégias de educação em saúde para aumentar a adesão aos tratamentos; criação de planos de alta personalizados baseados nas necessidades dos pacientes; contrarreferência para APS;

monitoramento pós-alta por meio de teleconsultas entre outros (Belga *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2018).

Um dos maiores desafios dentro dos sistema de saúde brasileiro é fomentar medidas que promovam a continuidade do cuidado e o fortalecimento da rede de atenção à saúde. Nesse contexto, o uso de tecnologia de comunicação na saúde, entre elas o acompanhamento por telefone, mostra-se como uma opção oportuna para promoção da continuidade do cuidado (Costa *et al.*, 2021).

As estratégias de tecnologia de comunicação na saúde, entre elas a teleconsulta, mostram-se um elo entre o paciente e a rede de assistência, oportunizando que esse paciente seja assistido por um profissional da saúde, visando identificar situações de risco, prevenindo complicações e reinternações mediante avaliação e suporte, principalmente no pós-alta hospitalar. A incorporação das tecnologias tem produzido mudanças significativas nas práticas de saúde cotidianas ampliando as possibilidades de acompanhamento remoto, sensível e qualificado, buscando a continuidade do cuidado (Delphino *et al.*, 2023).

No contexto da enfermagem, as teleconsultas têm sido utilizadas por enfermeiros como estratégia para o processo educativo do paciente e família, controle da saúde, identificação de sinais de complicações de saúde e prevenção de agravos. As orientações fornecidas via telefone fazem parte das estratégias de educação em enfermagem, sendo efetivas na promoção de saúde com consequente melhoria do conhecimento e autocuidado (Coutinho *et al.*, 2022; Machado *et al.*, 2020; Delphino *et al.*, 2023).

Ao pensar na pessoa idosa, a teleconsulta de enfermagem viabiliza o cuidado contínuo, periódico, sistemático. Assim, mesmo com a distância é possível manter a longitudinalidade do cuidado nas ações de controle e redução da agudização de doenças crônicas principalmente a pessoas idosas com rede de apoio restritas e com dificuldade de locomoção e acessibilidade (Dana Lana *et al.*, 2020).

Assim como nesta pesquisa, o estudo de Camara e Porciúncula (2022) mostra que o uso de tecnologias para acompanhamento, como teleconsultas, é um resultado inovador e apresenta impacto positivo no cuidado continuado, oferecendo benefícios na trajetória do paciente, no pós alta hospitalar, através da coordenação do cuidado, o que proporciona uma recuperação mais segura e assertiva e com melhores resultados na adesão ao tratamento. Adicionalmente ao descrito acima, neste estudo, a teleconsulta, mostrou ainda a possibilidade de orientações em tempo oportuno e a identificação dos fatores que dificultam a continuidade

do cuidado e que precisam ser repensados no sistema de saúde brasileiro para atender dignamente as demandas da pessoa idosa.

Um dos fatores identificados que interferem na continuidade do cuidado da pessoa idosa estão relacionados a contrarreferência. Os benefícios da contrarreferência e do seguimento tornam-se evidentes quando o usuário consegue perceber a APS como referência para o seguimento dos cuidados com a saúde e tem suas necessidades atendidas evitando o uso inadequado de emergências. Neste estudo, as situações em que o paciente conseguiu acesso a insumos necessários para manutenção a saúde e vínculo com a APS, pode-se verificar a continuidade do cuidado e os princípios do SUS garantidos.

Por outro lado, ainda persistem déficits nos mecanismos de contrarreferência, os quais deixam os usuários e familiares desamparados e inseguros, proporcionando a busca por serviços inadequados, como a procura ao atendimento de urgências e emergências. No Brasil, ainda é relevante o número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICAPS) sendo muitas delas caracterizadas pelo agravamento de doenças crônicas não-transmissíveis. O custo de ICAPS é expressivo e essas internações, entendidas como evitáveis, são utilizadas como indicadores e representam a efetividade do cuidado prestado na atenção primária em saúde (Borges *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2019).

É preciso que se mantenham esforços, planejamento e investimento na APS, no sentido de avançar em relação a garantia de acesso para que as necessidades de atenção à saúde da população sejam atendidas. Visto a crescente elevação do número de idosos torna-se emergente a expansão da Atenção Domiciliar no país. O estudo de Lutz (2022) mostra que os idosos mais idosos, ou seja, com 80 anos ou mais, tem diferentes dificuldades de acesso a APS e necessitam de atendimento domiciliar, o qual, não está disponível, resultando em agudizações com necessidade de recorrer a um local de maior complexidade.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (Brasil, 2016).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou em 2011, o *Programa Melhor em Casa* (PMC), indicado para pessoas que apresentam dificuldades permanentes ou temporárias em sair de casa para chegar ao posto de atendimento ou para indivíduos que se encontram em situações em que o atendimento domiciliar é o mais adequado para seu tratamento. No

entanto, poucas cidades aderiram ao programa no país, a exemplo do estado de Santa Catarina que em 2021 apenas 16 cidades estavam contempladas com o programa, não trazendo novas alternativas as Unidades Básicas de Saúde, as quais, apresentam dificuldades de atender à crescente demanda de atenção domiciliar de seu território (Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES; Ribeiro e Cavalcanti, 2020).

Além das questões relacionadas ao acesso a APS, este estudo também levanta a discussão sobre a disponibilização de medicamentos e insumos no SUS. A não disponibilização de medicações e insumos necessários para o tratamento adequado em saúde mostrou-se como uma preocupação evidente da pessoa idosa e sua família, e refletem na vinculação dos pacientes com a APS (Bueno *et al.*, 2022).

O acesso universal a medicamentos pelo setor público no Brasil ainda é um desafio, pois grande parte da população precisa custear os medicamentos necessários ao seu tratamento. Para a população mais vulnerável essa realidade apresenta magnitude ainda mais significativa, já que, representa um comprometimento significativo da renda familiar já limitada com gastos em saúde (Oliveira *et al.*, 2019).

Porém, as questões relacionadas ao fornecimento de medicações pelo SUS transcende o escopo de gerenciamento das UBS e precisam ser de conhecimento da população, já que, são queixas frequentes e que, por vezes, geram descontentamento nos usuários, refletindo negativamente no vínculo entre usuário e estabelecimento de saúde.

Diferentes situações relacionadas ao uso de medicações no retorno ao domicílio puderam ser conhecidas, entre elas a tentativa por parte dos familiares de controlar o uso abusivo de medicações, por vezes, solicitada pelos idosos; o ajuste sem orientação da dosagem de medicações e a falta de acesso as medicações necessárias para a continuidade do cuidado seja por falta de condições financeiras, seja por processos demorados de alto custo ou por prescrições incorretas.

As pesquisas mostram que o uso de analgésicos, fármacos muito utilizados pela pessoa idosa são frequentes (Silva *et al.*, 2019). Na presença da dor, a pessoa idosa tem estoque do medicamento no domicílio e o seu uso é realizado por recomendação de terceiros (Ramires *et al.*, 2022).

O acesso a medicações de alto custo também se mostrou uma dificuldade no retorno ao domicílio. Esses medicamentos são ofertados por meio de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, mas que apresenta problemas na sua dispensação devido à regulação do sistema

de saúde, protocolos burocráticos e dificuldades de acesso aos serviços para exames diagnósticos e consultas para cumprir seus requisitos (Rover *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2019).

O estudo de Kindel *et al.* (2020) mostrou necessidades similares de cuidados relacionados às lesões e dificuldade de acesso aos insumos específicos para realização de curativos nas lesões, dúvidas. Esses dados revelam a importância das ações de capacitação dos usuários e familiares e educação em saúde durante o planejamento da alta e necessidade de avançar na disponibilização de insumos na APS.

Além das questões relacionadas a lesões e medicações verificou-se também a multiplicidade de encaminhamento e de seguimento em diferentes pontos de atenção da rede de saúde. A atual prestação de serviços de saúde a pessoas idosa, apresenta-se fragmentada; com inúmeras consultas de especialistas, informação não compartilhada, polifarmácia, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos. Esse fato, sobrecarrega o sistema, provoca impacto financeiro nos diferentes níveis e não gera benefícios significativos para a saúde, nem para a qualidade de vida (Veras, 2022).

No contexto internacional, sistemas de saúde com modelos integrados de cuidado têm demonstrado que a continuidade do cuidado previne internações hospitalares, reduz a utilização dos serviços especializados e necessidade de exames, além de impactar positivamente na qualidade de vida dos idosos, em especial nos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (Lutz; 2022). É preciso repensar e planejar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios não somente aos idosos, mas também qualidade e sustentabilidade ao sistema de saúde brasileiro (Veras, 2018).

Por fim, as dificuldades vivenciadas no retorno ao domicílio, dúvidas e preocupações pós-alta hospitalar reforçam a necessidade das ações de planejamento e capacitação das famílias para o cuidado com a pessoa idosa no domicílio. A inclusão do paciente, da família e do cuidador no planejamento dos cuidados também é fundamental neste contexto, além da importância em sistematizar a assistência para a alta e aprimorar mecanismos de comunicação entre profissionais e serviços de saúde (Mauro *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar o acompanhamento dos pacientes pós-alta hospitalar utilizando a teleconsulta como via de comunicação assistencial e coleta de dados pode-se constatar a sua viabilidade para a prática assistencial e de pesquisa. A sistematização e adequação deste instrumento mostrou-se uma estratégia favorável para a continuidade do cuidado e transição segura ao domicílio ao possibilitar o esclarecimento de dúvidas em tempo adequado contribuindo para evitar a busca desnecessária a emergência, promover a continuidade do cuidado na APS e em outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como o conhecimento pelos enfermeiros das dificuldades enfrentadas neste período, tais como: a limitação de acesso relacionado aos cuidados domiciliares pela APS, a indisponibilização de insumos e medicações necessários para o cuidado, dificuldades financeiras por parte da pessoa idosa e sua família, para os cuidados necessários, além da falta de adesão da pessoa idosa ao tratamento.

Os achados suscitam a discussão referente ao modelo da atenção ao idoso e necessidade de expansão da APS no Brasil para atendimento as necessidades da crescente população idosa do país.

REFERÊNCIAS

BELGA, S. M. M. F. et al. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.

BERNARDINO, E. et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20200435, 2021.

BORGES, M. M. et al. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 231–242, jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016.

BUENO, M. A. M; SIMÕES, T. C; LUZ, T. C. B.. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1191–1203, mar. 2022.

CAMARA, G. D; PORCIÚNCULA, L. Cuidado coordenado em um programa de telemonitoramento pós-alta hospitalar. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 187–195, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N° 634/2020. Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N° 696/2022. Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022_99117.html>

COSTA, D.E.S. et al. A influência das tecnologias na saúde mental de idosos em tempos de pandemia: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 2, pág. e8210212198, 2021.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

COUTINHO J. S. L. et al. A assistência de enfermagem a partir da consulta remota: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 1, p. e9646, 31 jan. 2022.

DALLA LANA, L. et al. Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia da covid-19. *Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 54-59. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2).*

DALLA LANA, L. et al. Teleconsulta de enfermagem aplicações para pessoas idosas na pandemia da covid-19. *Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn; 2020. p 54-59. (Serie Enfermagem e Pandemias, 2).*

DELPHINO, T. M. et al. Estimativa de custo de montagem e funcionamento mensal de uma sala de teleconsulta. **Cogitare Enfermagem**, v. 28, p. e84767, 2023.

FIORENZA L. A. et al. Continuidade do cuidado como estratégia para atenção integral à saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 41, p. 812–825, 2023.

GHENO, J; WEIS, A.H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021.

GOMES, I. D. et al. Teleconsultation Script for Intervention on Frail Older Person to Promote the Care-of-the-Self: A Gerontotechnology Tool in a Pandemic Context. In: International Workshop on Gerontechnology. Cham: **Springer International Publishing**, 2021. p. 133-145.

KINDEL, ME, J. W; WITT, RR, COSTA, I.G, LAZZARI, D.D e CARBALLO, KB. Autocuidado de feridas crônicas no ambiente domiciliar: uma análise na perspectiva de Dorothea Orem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 19, 2020.

LANGE, Ilta; et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 138, n. 6, p. 729-737, jun. 2010.

LIMA, M. A. D. DA S. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018.

LUCA, Rosaria; et al. Tele-health-care in the elderly living in nursing home: the first Sicilian multimodal approach. **Aging clinical and experimental research**, v. 28, n. 4, p. 753-759, 2016.

LÜTZ, K. C. C. et al. Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 1, p. e220183, 2022.

MACHADO, T. M. D. et al. Central de telecuidado: perspectiva de intervenção de enfermagem. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 25, e66666, 2020.

MAURO A. D. et al. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20210145, 2021.

MORSE, M; FIELD, A. Métodos de pesquisa qualitativa para profissionais de saúde. Publicações Sage, Thousand Oaks, 1995.

OLIVEIRA L. C. F..et al. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde – perspectivas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 286–298, 2019.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Teleconsulta durante uma pandemia** [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 18]. Available from: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1>

PEREIRA S. K. et al. Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4949-4955, 2016.

RAMIRES et al. Automedicação em usuários da Atenção Primária à Saúde: motivadores e fatores associados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 75–86, 2022.

RIBAS, E. N. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 546-53, 2018.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. DE L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190010, 2019.

ROVER M.R.M. al.. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: la perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. **Gac. sanit. Barc**, Ed impr. 2016; 30(2):110-116

SANTANA R. F. et al. Telecuidado no acompanhamento pós-alta de idosos com demência e seus cuidadores: quase-experimental. **Revista Brasileira Online de Enfermagem** 19, 2020.

SCHRODER, A. C. et al. Telessaúde em um centro de referência em Diabetes Mellitus: uma análise transversal. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 1, p. e20200046, 2021.

SILVA et al. Acesso e implicações da automedicação em idosos na atenção primária à saúde. **Journal Health NPEPS**, 4(2), 132–150. 2019.

SRC - OE. **Guia De Recomendações Para As Consultas De Enfermagem À Distância/Telenfermagem**. 1–26, 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D. M. G.V. O método da pesquisa convergente assistencial. 4ª ed. - Porto Alegre: **Moriá**, 2023.

VERAS, R. P., OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-36, 2018.

VERAS, Renato Peixoto. Modelo Assistencial Contemporâneo para os Idosos: necessidade atual e emergência para as próximas décadas. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz**, 2022. 41 p. (Série Saúde Amanhã). Textos para Discussão 87.

6.4 MANUSCRITO 4: TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ALTA HOSPITALAR PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Resumo: A transição do cuidado pode ser definida como práticas coordenadas e eficazes realizadas desde a internação até a alta hospitalar para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Objetivo: Promover a transição do cuidado da pessoa idosa na alta hospitalar para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Método: Pesquisa Convergente Assistencial desenvolvida em um hospital universitário do Sul do Brasil, com 30 idosos hospitalizados e seus familiares, sete enfermeiros, no período de janeiro a junho de 2023. A coleta de dados foi realizada em cinco momentos com roteiros próprios e os dados encontrados foram analisados conforme preconiza a PCA, com os processos de apreensão, síntese e teorização. Resultados: A transição do cuidado foi desenvolvida através do planejamento da alta hospitalar da pessoa idosa ao identificar precocemente, avaliar e capacitar às necessidades de continuidade do cuidado, elaboração do plano de alta, realização da contrarreferência e acompanhamento pós-alta hospitalar através de teleconsultas. Pode-se identificar desafios vivenciados pela instituição hospitalar e pela pessoa idosa hospitalizada e seus familiares para a continuidade dos cuidados, bem como a persistência da lógica hospitalista e medicocentrada, desconhecimento do campo de atuação da enfermagem e a potencialidade da educação permanente/capacitação no ambiente hospitalar. Considerações finais: A transição do cuidado das pessoas idosas hospitalizadas foi desenvolvida e com isso, a continuidade do cuidado assegurada, porém avanços são necessários nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, relacionados às dificuldades vivenciadas pelas pessoas idosas e familiares para transição dos cuidados.

Descritores: Cuidado Transicional. Idoso. Alta do paciente. Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Introdução:

No Brasil, a implementação por enfermeiros ou equipes para promover a transição do cuidado ainda é uma estratégia pouco difundida e precisa ser efetivada para o fortalecimento da continuidade do cuidado e conseqüentemente das Redes de Atenção à Saúde no país. A Transição do Cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta hospitalar e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço e engloba a realização de um plano de cuidados, preferencialmente interdisciplinar desenvolvido em um contexto que inclua paciente e cuidadores e profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência (Bernardino *et al.*, 2022; Tomazela *et al.*, 2023).

Diferentes estratégias vêm sendo utilizadas para propiciar transições saudáveis: educação em saúde para os pacientes, promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicamentos, comunicação plena de informações diversas e acompanhamento pós-alta (Lima *et al.*, 2018). Transições saudáveis são caracterizadas pelo domínio nos comportamentos e sentimentos relacionados ao novo papel e identidade (Meleis, 2010).

Na perspectiva da pessoa idosa e sua família, a hospitalização e o retorno ao domicílio são momentos de transição importantes e, considerando que cada pessoa apresenta suas vivências, singularidades e modo de enfrentamento das mudanças, torna-se um desafio para os enfermeiros promoverem ações que proporcionem transições saudáveis na vida dos pacientes. O enfermeiro é considerado um facilitador do processo de transição, uma vez que, na sua prática, auxilia pacientes e familiares a atingirem resultados positivos em períodos de transição e participam ativamente dos planos terapêuticos estabelecidos para idosos em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Naylor *et al.*, 2020; Costa, 2016).

Ensaio clínico randomizado realizado com 222 idosos em hospitais da Austrália, avaliou a eficácia comparativa das intervenções de cuidados de transição em readmissões hospitalares, e evidenciou que os grupos de intervenção estavam menos propensos a ter uma readmissão após a alta (Finlayson *et al.*, 2018). A TC efetiva apresenta grande magnitude para pessoas idosas com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, já que, esta condição denota de cuidados em diferentes pontos da RAS. Os problemas mais comuns quando há uma lacuna no processo de TC do hospital para o domicílio são: elevação da mortalidade e morbidade; atrasos no recebimento do tratamento apropriado e apoio da comunidade; atendimentos adicionais; exames duplicados e readmissões hospitalares não planejadas (Naylor *et al.*, 2020; Valente *et al.*, 2022).

Apesar dos avanços em direção a um modelo de atenção articulado e contínuo ainda se percebe um descompasso na RAS, ocasionado pela oferta restrita de serviços de saúde para as necessidades da população, que são acessados de maneira desigual pelos usuários, ocasionando, muitas vezes, a descontinuidade dos processos de cuidado, com limitação do acesso e agravamento dos quadros clínicos, resultando em superlotação de alguns pontos de atenção, principalmente os hospitais (Belga *et al.*, 2022).

Dentre os obstáculos descritos na literatura para promover a TC e assegurar a continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar estão as limitações no envolvimento das equipes de saúde, sobrecarga de trabalho, restrição na educação e orientação dos pacientes e

seus familiares, bem como pelas altas hospitalares não planejadas, pelas dificuldades de articulação com os demais pontos da RAS e pela falta de atendimento domiciliar (Belga *et al*, 2022).

O hospital sendo um dos pontos da RAS, precisa se preparar para garantir além da internação, uma alta responsável e articulada. A necessidade de mudança na instituição/hospital de implementar a alta responsável justifica a utilização da Pesquisa Convergente Assistencial neste estudo. Assim, o presente estudo pautado na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2012) que tem como proposta desenvolver ações que promovam a transição do cuidado das pessoas idosas hospitalizadas com vistas na continuidade do cuidado.

Objetivo: Promover a transição do cuidado da pessoa idosa na alta hospitalar para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Método:

Tipo de estudo: Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) tendo como referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis (MELEIS, 2012). A pesquisa convergente assistencial tem como diferencial metodológico o pesquisador em estágio de imersão na assistência, o que significa que este realiza a pesquisa ao mesmo tempo que presta assistência (Trentini; Paim; Silva, 2018). Considerando que a pesquisadora é enfermeira assistencial na unidade de internação em que o estudo foi desenvolvido buscou-se através do método e referencial teórico trabalhar a lacuna continuidade do cuidado pós-alta hospitalar ao efetuar a transição do cuidado dos participantes e promover mudança na prática assistencial.

Para o desenvolvimento deste estudo obteve-se diferentes etapas e diferentes formas de obtenção e análise dos dados, ao reconhecer a característica do método (PCA) em possibilitar a integração de diferentes abordagens entre qualitativa e quantitativa. Os momentos 1 e 2 de identificação e avaliação das necessidades de CC assumiram uma abordagem quantitativa, enquanto os 3, 4 e 5 de capacitação, contrarreferência e acompanhamento após alta hospitalar seguiram com abordagem qualitativa.

Instrumentação

Local do estudo: O estudo foi realizado na unidade de internação/clínica médica de um Hospital Universitário do sul do País, no período de janeiro a junho de 2023. A unidade escolhida possui 29 leitos distribuídos em doze quartos, atendendo especialidades de clínica médica, como: cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, pneumologia e oncologia-hematologia. A escolha da unidade teve como fatores determinantes a elevada taxa de internação de pessoas idosas e a possibilidade de realizar a convergência da pesquisa com assistência ao se trabalhar a lacuna da continuidade do cuidado, sendo o ambiente de atuação profissional como enfermeira assistencial da pesquisadora.

Participantes do estudo:

A amostra foi composta por 30 idosos hospitalizados na unidade de internação clínica médica e seus familiares, durante os meses de janeiro a junho de 2023 seguindo os critérios de ter 60 anos ou mais de idade; morar em um dos municípios de Santa Catarina; possuir necessidade de continuidade do cuidado segundo os critérios estabelecidos no estudo; paciente e/ou familiar possuir capacidade cognitiva para manter diálogo adequado; paciente e/ou familiar estar ciente da condição de saúde do paciente.

Foram considerados idosos com necessidade de continuidade do cuidado: doenças crônicas de difícil manejo ou má adesão; idosos com alta hospitalar com dispositivos; em cuidados paliativos que retornarão ao domicílio; com lesões de pele e estomas; com necessidade de reabilitação; com necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar; com histórico de internações frequentes e outras demandas que possam ser identificadas como necessidade de continuidade de cuidado.

Sete enfermeiros da unidade também fizeram parte da amostra desse estudo, participando das etapas de identificação dos idosos que necessitam de cuidados continuados e capacitação para alta hospitalar. Os participantes (idosos, familiares e enfermeiros) que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta de dados:

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de janeiro a junho de 2023 através das etapas propostas pela PCA.. A perscrutação/coleta dos dados, dividiu-se em cinco momentos. Momento 1: a identificação dos idosos hospitalizados com necessidade de continuidade do cuidado; Momento 2: avaliação das necessidades de cuidados continuados elaborado com os aspectos da Teoria das Transições, por meio de roteiro estruturado

subdividido em (histórico de saúde, contexto familiar, endereço e barreiras arquitetônicas, contexto social e da comunidade e conhecimento sobre a situação de saúde); exame físico e aplicação de escalas de Katz e teste de Folstein; Momento 3: capacitação da pessoa idosa e familiares/cuidadores das demandas de cuidado identificadas para alta hospitalar e elaboração de material educativo e plano de alta impresso; Momento 4: realização da contrarreferência através do contato com a UBS de origem do participante e agendamento de consulta com Equipe de Saúde da Família e por fim, o momento 5: acompanhamento pós alta hospitalar com teleconsulta realizada com sete e 30 dias após alta hospitalar.

Instrumentos foram elaborados para coleta e organização dos dados de cada momento descrito acima foram construídos a luz da teoria das transições. E por fim, a última etapa da PCA a análise e interpretação dos dados.

Análise dos dados:

Os dados oriundos das etapas de identificação e avaliação (quantitativas) foram analisados de maneira descritiva simples. Já os dados qualitativos foram analisados segundo os processos de apreensão, síntese e teorização propostos pela PCA e a luz da teoria das transições.

Aspectos éticos:

Este estudo foi conduzido de acordo com o que é preconizado na Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC) - Parecer Nº. 5.766.001. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo, por escrito e pessoalmente pela pesquisadora.

Resultados:

O estudo iniciou com 30 pessoas idosas e seus familiares/cuidadores, porém três foram a óbito na internação. A idade variou entre 61 e 94 anos, maioria mulheres, com doenças crônicas de difícil manejo, tempo de internação alongado, histórico de internações frequentes, múltiplas comorbidades, polifarmácia e baixa renda e condição socioeconômica.

Com intuito de promover a continuidade do cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para APS, precocemente na hospitalização iniciou-se o planejamento da alta hospitalar. Foi realizada a identificação e avaliação dos idosos com necessidade de continuidade dos cuidados, seguida da capacitação dessas demandas, elaboração de plano de alta, contrarreferência para a APS e acompanhamento após alta hospitalar. Abaixo segue a figura representando o processo de transição vivenciado pelos participantes.

Figura 9: O processo de transição do cuidado da pessoa idosa hospitalizada com vistas a Continuidade do Cuidado, 2024.



Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Durante o planejamento da alta hospitalar as necessidades para continuidade do cuidado puderam ser conhecidas através da avaliação. A utilização de escalas e do exame físico associado ao conhecimento do contexto familiar, social e de saúde dos participantes mostrou-se como um diferencial para a capacitação dos cuidados e para a elaboração do plano

de alta. A síntese dos resultados do processo de transição do cuidado da pessoa idosa encontra-se no quadro abaixo.

Quadro 5: A transição e continuidade do cuidado da pessoa idosa do hospital para a Atenção Primária à Saúde, 2023

Etapas da coleta dos dados	Principais resultados
Identificação dos idosos com necessidade de continuidade do cuidado	Doenças crônicas de difícil manejo: (28) Necessidade de reabilitação: (24) Lesões de pele e/ou ostomas: (12) Histórico de internações frequentes: (11) Alta com dispositivo (oxigênio, sondas..): (3) Cuidados paliativos que retornariam ao domicílio: (3) Histórico frequente de quedas: (4)
Avaliação dos idosos com necessidade de continuidade do cuidado baseada na Teoria das Transições	<p>CONDIÇÕES FACILITADORAS: Possuem rede de apoio (26); conhecimento da situação de saúde; nunca fumaram (17); não utilizam bebida alcoólica (29); facilidade de ir até UBS (21)</p> <p>CONDIÇÕES INIBITÓRIAS: Baixo nível socioeconômico (18) baixa escolaridade, barreiras arquitetônicas e de acessibilidade (8) Comorbidades associadas (28), polifarmácia (21), internações prévias (26), quedas (16)</p>
Capacitação dos idosos com necessidade de continuidade do cuidado	<p>Elaboração junto aos enfermeiros de material didático com orientações dos cuidados necessários para a alta hospitalar voltado a cada pessoa idosa, resultando em uma coleção de materiais acerca dos principais cuidados relacionados aos participantes do estudo.</p> <p>Uso de materiais e insumos hospitalares para demonstração de cuidados, uso de materiais educativos atrativos e desenvolvido para suas necessidades de cuidado</p> <p>Principais cuidados demandados na capacitação: identificação dos sinais de alerta, cuidados com medicações, cuidados com alimentação, prevenção de lesão por pressão, cuidados com curativos, prevenção de infecções relacionadas à saúde/importância da lavagem das mãos e orientações sobre higiene do paciente (higiene oral e banho no leito)</p> <p>Elaboração do Plano de alta (impresso) a partir das necessidades de cuidado de cada pessoa idosa</p>
	Envio de e-mail de contrarreferência para UBS de

<p>Contrarreferência dos idosos para a Atenção Primária</p>	<p>origem comunicando alta hospitalar</p> <p>Sucesso em 21 de 27 contatos com UBS, os demais foram enviados somente <i>e-mail</i> de contrarreferência</p> <p>Agendamento de consulta na UBS (16)</p> <p>Dificuldades na contrarreferência: diferentes formas de acesso, resistência dos participantes em consultar UBS e problemas de vínculo prévios, comunicação súbita da alta entre equipe hospitalar, conseguir contato com UBS.</p>
<p>Acompanhamento dos idosos após alta hospitalar</p>	<p>Sucesso em 23 das 27 teleconsultas de acompanhamento</p> <p>Necessidade de adaptação das teleconsultas: inclusão do contato de acompanhamento via whatsapp</p> <p>Identificação da condição atual de saúde; Autocuidado e o cuidado da família após alta Responsabilização com os cuidados com a saúde Orientações para manter seguimento ambulatorial e na APS Orientações sobre medicações Esclarecimento de dúvidas Identificação de dificuldades pós alta hospitalar: compra de medicações e insumos não disponibilizadas pelo SUS, acesso a serviços de saúde, quadro algico persistente, manejo de lesões entre outros.</p>

Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Para a realização da contrarreferência muitas barreiras foram identificadas. Foi preciso inúmeras ligações para obter-se sucesso em alguns casos, e em outros casos, não se obteve sucesso. Aliado a isso, dentro de um mesmo município foi possível constatar diferentes formas de acesso a pessoa idosa na APS, a exemplo: algumas UBS atendiam apenas demanda espontânea, outras possuíam forma individualizada de agendamento presencial, outras não estavam agendando por problemas de falta de profissionais, por situação de emergencial em saúde (dengue) entre outros.

Ao realizar a transição do cuidado da pessoa idosa emergiram algumas constatações importantes referentes a entraves que precisam ser discutidos na perspectiva das Redes de Atenção em Saúde, e estão descritos a seguir:

1) A persistência de uma *lógica hospitalista e medicocentrada*, a qual pode ser verificada nas falas: *“ah não! Eu quero acompanhar aqui no hospital”*, *“bom mesmo é*

acompanhar com os médicos especialistas aqui do hospital”, *“no postinho não se resolve muita coisa”* *“o posto até tenta, mas não ajuda no que a gente precisa”*. Perspectiva que foi reafirmada ao constatar através do acompanhamento que nenhum participante faltou as consultas ambulatoriais após alta hospitalar. Identificou-se também, que a participação em atividades educativas na APS mostrou-se ínfima, uma vez que, apenas dois participantes relataram já terem participado em algum momento.

2) *A falta de conhecimento do campo de atuação da enfermagem* pelos usuários e dos próprios profissionais da RAS relacionados a transição do cuidado. Situação que emergiu dos resultados em momentos diferentes: na contrarreferência durante a tentativa de agendamento da consulta após alta hospitalar, os profissionais da UBS demonstram-se surpresos com a tentativa de agendamento com o médico ou enfermeiro, com questionamentos *“pode ser com o enfermeiro mesmo?”*; e no acompanhamento, ao constatar a não identificação do atendimento do enfermeiro na UBS em situações em que o participante realizou consulta com o enfermeiro, mas na teleconsulta referiram que *“fui mas só falei com a enfermeira e a consulta ela agendou com o médico”*, bem como no estranhamento dos participantes ao serem informados que foi agendado uma consulta com enfermeiro na UBS e apenas dois participantes sabiam o nome do enfermeiro da sua UBS.

3) *Potencialidade da educação permanente/capacitação no ambiente hospitalar* para a transição do cuidado da pessoa idosa. O momento para a capacitação revelou-se oportuno, pois diante de uma nova situação apresentada - a hospitalização, a rede familiar, muitas vezes, mostrou-se buscando subsídios e informações para o cuidado do idoso no domicílio. A capacitação das necessidades de cuidado pelos enfermeiros foi facilitada com a disponibilização de materiais prontos e específicos destinados a esse fim, os quais foram construídos com o auxílio dos mesmos e pensados para ser incorporados a rotina diária de assistência, ou seja, adaptado às condições e preferências do idoso e seu familiar.

No processo transição de cuidado da pessoa idosa e seus familiares desafios foram identificados. Desafios enfrentados não somente pela instituição hospitalar, mas também pela pessoa idosa hospitalizada e seus familiares que estavam vivenciando o momento de transição.

Rotinas hospitalares com horários definidos, mudança do padrão alimentar, divisão de quarto e banheiros com outros pacientes, limitações de mobilidade, maior susceptibilidade a quedas e lesões por pressão configuram-se como obstáculos. Além disso, tem-se as

questões relacionadas a rede de apoio, sobrecarga cuidador, conflitos familiares, distanciamento da família e do lar, fragilização física e emocional com solicitações de desejo de retorno ao domicílio e preocupações pessoais, episódios de choro e tristeza. São inúmeras as adversidades e mudanças enfrentados pelas idosos na internação e todos interferem no processo de transição dos cuidados. O quadro abaixo ilustra os principais desafios identificados, para o hospital e a pessoa idosa no desenvolvimento do processo de continuidade do cuidado.

Quadro 6: Os desafios vivenciados pela instituição hospitalar e pela pessoa idosa para a transição e continuidade do cuidado.

<p>Instituição Hospitalar (na perspectiva dos enfermeiros?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dimensionamento dos profissionais ▫ Cultura hospitalar e educação permanente ▫ Disponibilização dos profissionais de saúde para educação permanente ▫ Disponibilização de materiais e insumos para a TC ▫ Envolvimento família ▫ Comunicação entre os profissionais de saúde ▫ Instituição do plano de alta interdisciplinar ▫ Falta dos sistemas de informações de saúde integrados ▫ Articulação com a APS
<p>Pessoa idosa e seus familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Aquisição de novos conhecimentos ▫ Novas demandas de cuidado ▫ Reorganização familiar para o cuidado ▫ Rede de apoio restrita ▫ Surgimento de dúvidas ▫ Manejo de lesões, feridas ▫ Dificuldade de acesso a APS ▫ Dificuldade em conseguir insumos e medicações não disponibilizados pelo SUS ▫ Restrição horário de funcionamento da UBS ▫ Restrição de visitas domiciliares pela UBS a pacientes acamados ▫ Problemas com orçamento restrito ▫ Problemas de acessibilidade na própria residência ▫ Problemas de descolamento de pacientes dependentes

Fonte: Elaboração da própria autora (2024).

Conhecer os pacientes, sua rede de apoio, planejar e operacionalizar a alta e acompanhá-los no pós-alta hospitalar permitiu a análise do processo de transição como um

todo, ou seja, das dificuldades para o planejamento da alta no hospital, de articulação com a APS e os desafios vivenciados pela pessoa idosa e seus familiares nesse processo.

Por tratar-se de uma PCA todas as etapas foram desenvolvidas com intuito que possam ser incorporadas a prática assistencial na unidade do estudo. A ideia da participação dos enfermeiros vem ao encontro da necessidade de envolvê-los nesse processo e efetivar a convergência entre a pesquisa e a assistencial com soluções teorizadas.

Discussão:

Segundo Meleis, conceitua-se transição como a passagem de uma fase da vida, de uma condição ou de um estado para outro. É uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças (Meleis, 2010). A autora descreve que há semelhanças que caracterizam um período de transição, entre elas: a desconexão com a rede social habitual e sistemas de apoio social e a perda temporária de objetos relevantes ou temas de referência familiar. Essas características da transição no contexto da pessoa idosa apresentam grande magnitude no momento da hospitalização, visto a ruptura em seu ciclo de apoio familiar rotineiro e a necessidade de permanecer no ambiente hospitalar, longe do ambiente o qual está habituado. Denota que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, ajuste o comportamento, compreenda seu contexto social atual (Meleis, 1991; Costa, 2016).

Nesse sentido, a TC que pode ser entendida como ações para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado, na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde, tem se mostrado como resposta à crescente prevalência de doenças crônicas, ao envelhecimento populacional, à redução do tempo de permanência hospitalar e efetivação de um sistema de saúde mais integrado (Schapira *et al.*, 2022; Bernardino *et al.*, 2022).

Com isso, diversos estudos têm abordado a temática. O instrumento Care Transitions Measure (CTM), validado para o Brasil por Acosta *et al.* (2017) tem sido utilizado para avaliar a qualidade e a experiência da TC. O instrumento é composto por 15 itens, os quais, são agrupados em quatro domínios: transferência de informação; preparação do paciente, familiar e/ou cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar

preferências. Acosta *et al.* (2020), pontua que embora não exista um ponto de corte, um escore igual ou maior a 70 é satisfatório.

No Brasil, estudos que usaram o (CTM) apresentam resultados semelhantes em relação a qualidade da TC de idosos do serviço hospitalar para a residência. Registrando escores médios de 69,5; 74,7; 68,6; 71,8 respectivamente (Schapira *et al.*, 2022; Weber *et al.*, 2017; Tomazela *et al.*, 2023; Winter *et al.*, 2024).

Revisão sistemática referente as evidências sobre a eficácia dos cuidados de transição hospitalar em idosos revela que a proficuidade dos cuidados aos idosos foi demonstrada através do aumento da adesão aos regimes medicamentosos, da redução de eventos adversos e de erros relacionados com a medicação, da melhoria do estado funcional, da redução de quedas e da redução dos custos de saúde (Uchimura *et al.*, 2023).

Acredita-se que partir do entendimento da teoria das transições, o enfermeiro está instrumentalizado para estabelecer intervenções e estratégias no processo de transição que melhorem a qualidade de vida dos indivíduos e diminua o risco potencial de transições insalubres. No contexto da hospitalização, a pessoa idosa e seus familiares vivenciam padrões múltiplos de transições e o enfermeiro precisa estar atento para que suas ações sejam direcionadas a totalidade do processo vivenciado.

Neste estudo, pode-se observar a transição no **processo de saúde e doença**, resultante da alteração de um estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crônica como no contexto do processo de hospitalização e desospitalização de pessoas idosas, bem como a **transição situacional** considerando a mudança de papel que, muitas vezes, ocorre com a hospitalização: o filho(a)/familiares que se tornam cuidadores, a pessoa idosa como dependente para cuidados que até então não necessitava (Meleis, 2010).

Zanetoni, Cucolo e Perroca (2023) desenvolveram e validaram uma lista de atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável: identificar os critérios de elegibilidade para a alta responsável, discutir com o médico responsável a previsão de alta e estabelecer o plano de alta junto a equipe multiprofissional, coletar informações do paciente e envolvê-lo no processo de alta, compartilhar informações com APS, orientar e capacitar paciente e familiar para as necessidades de cuidado e identificar problemas pós alta hospitalar via telefone ou visita domiciliar. O passo a passo elencado na lista vem ao encontro com os passos realizados nessa pesquisa para planejar a alta e promover a continuidade do cuidado (CC).

A CC resulta de um conjunto de práticas que dependem da comunicação eficaz, bom relacionamento entre profissionais e usuários, trabalho interdisciplinar, articulação entre diferentes níveis de atenção e apropriada coordenação do cuidado (Santos *et al.*, 2021). Contudo, estudos mostram que tanto a organização dos serviços hospitalares quanto os seus processos de trabalho estão voltados para o suprimento imediato da demanda da população; e apontam como necessária o avanço na prática das conexões e articulações com a rede de atenção em busca da continuidade e integralidade do cuidado (Belga *et al.*, 2022).

O estudo de Zanetoni *et al.* (2023) encontrou desafios muito similares ao deste estudo em relação as ações de transição do cuidado no ambiente hospitalar: alta demanda de pacientes com tempo limitado para desenvolvimento das ações de planejamento da alta, dificuldade de interação entre os profissionais e comunicação súbita de alta. Assim, a gestão efetiva da carga de trabalho mostrou-se um fator relevante para a melhoria da transição e continuidade do cuidado ao paciente.

Mauro *et al.* (2021) corrobora com as dificuldades enfrentadas no processo de transição e acrescenta os problemas na comunicação entre os serviços - falta de interação entre os profissionais da rede; falta de conhecimento de como funciona o serviço na APS e do reconhecimento dos papéis de cada serviço. A aproximação da atenção hospitalar com a APS evidencia-se como necessária com o intuito de conhecimento e reconhecimento das competências profissionais, da estrutura e das limitações dos serviços que compõem a RAS (Mauro *et al.*, 2021).

Em consonância com os achados neste estudo, no caso da lógica hospitalista, a revisão integrativa de Belga *et al.* (2022) revela que trajetória dos pacientes se centra, principalmente, na busca por serviços especializados, como os hospitais e atenção secundária, apresentando vínculo frágil com a Atenção Primária à Saúde. A forma de acesso ao sistema de saúde é um desafio intrínseco a esses serviços, tanto no Brasil quanto em outros países.

Dentre os fatores que precisam ser trabalhados pela instituição hospitalar para promover a CC, está o envolvimento da família durante o planejamento da alta. Essa articulação com a família vem sendo considerada uma estratégia facilitadora, podendo auxiliar na compreensão do estado de saúde do paciente e sobre a terapia proposta, reduzindo o número de agravos e reinternações (Rodrigues *et al.*, 2020).

Os aspectos relacionados a operacionalização do plano de alta interdisciplinar, melhora da comunicação entre equipe assistencial e dimensionamento profissional adequado ainda são emergentes no cuidado hospitalar com vistas a continuidade do cuidado.

A hospitalização é um momento propício para a educação em saúde, apesar de ainda se mostrar pouco desenvolvida no ambiente hospitalar. A permanência do paciente e sua rede de apoio no hospital permite que o enfermeiro possa criar vínculo, conhecer o contexto social, econômico e familiar, permite o exame físico e adequação das atividades diante do contexto atual da pessoa e avaliação das demandas que precisam ser desenvolvidas pela APS. A literatura revela a falta de profissionais, demanda de trabalho excessiva, estrutura e materiais inadequados, inexistência de rotinas de educação em saúde e falhas na educação continuada como motivos para a limitação da educação em saúde durante a hospitalização (Arruda e Silva, 2020).

Considerações finais

A convergência da pesquisa e da assistência durante o desenvolvimento das estratégias para promover a CC oportunizou ao enfermeiro o conhecimento do contexto da hospitalização, através da utilização de escalas e do exame físico associado ao conhecimento do contexto familiar, social e de saúde dos participantes subsidiados com o aporte teórico da Teoria das Transições. Este conhecimento mostrou-se um diferencial para a capacitação dos cuidados e para a elaboração do plano de alta voltados as necessidades de CC de cada participante. Como limitação, teve-se o baixo envolvimento da equipe interdisciplinar no plano de alta.

Durante a tentativa de contrarreferência do hospital para a APS diferentes barreiras foram vivenciadas: diferentes formas de acesso, resistência dos participantes em consultar UBS, comunicação súbita da alta entre equipe hospitalar e, principalmente dificuldade de conseguir contato com UBS. Estes achados precisam ser superados e são sugestões de pesquisas futuras, bem como a implementação de enfermeiros de ligação para auxiliar nesse contexto. A teleconsulta mostrou-se oportuna para o acompanhamento após alta hospitalar ao permitir o esclarecimento de dúvidas, orientações, conhecimento das dificuldades no retorno ao domicílio e o seguimento do cuidado na APS.

Acredita-se que ao promover CC após alta hospitalar têm-se resultados positivos relacionados à manutenção da saúde e redução do risco de reinternações e idas à emergência. A transição do cuidado das pessoas idosas hospitalizadas foi desenvolvida e a continuidade do cuidado assegurada, porém avanços em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e relacionados às dificuldades vivenciadas pelas pessoas idosas e familiares para transição dos cuidados são necessários.

REFERÊNCIAS

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

ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. DA. La hospitalización como espacio para la educación en salud a las personas con diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 37-45, 25 mar. 2020.

BERNARDINO, E. et al. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20200435, 2022.

BELGA, S. M. M. F. et al. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.

CAMARA, G. D; PORCIÚNCULA, L. Cuidado coordenado em um programa de telemonitoramento pós-alta hospitalar. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 187–195, 2022.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 137-45, 2016.

FINLAYSON, K. et al. As intervenções de cuidados transitórios reduzem as readmissões hospitalares não planejadas em idosos de alto risco. **BMC Health Serv Res** **18**, 956. 2018.

KATZ, M. et al. Uso da tecnologia para engajar pacientes e otimizar a adesão terapêutica. **Rev.Soc. Card. do Estado de São Paulo**.v. 30, n. 3, 2020.

LIMA, M. A. D. DA S. et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018.

MAURO, A. D. et al. Articulação hospital–atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In: **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010, cap 2, p. 52-65.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991.

NAYLOR, M. D. et al. “Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with COVID-19.” **Journal of aging & social policy** vol. 32,4-5 (2020): 387-395.
DOI:10.1080/08959420.2020.1773189

RODRIGUES M. M. et al. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado de Santa Catarina. **Global Clinical Research Journal**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. e26, 2022. DOI: 10.5935/2763-8847.20220026.

SANTOS A. et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 2, n. Sup.3, p. e188, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>

SCHAPIRA M. et al. Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. **Aging Clin Exp Res**. 2022;34(1):85–93.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D. M. G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2018.

TOMAZELA, M. et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE00291, 2023.

UCHIMURA L.Y.T. et al. Evidência da eficácia dos cuidados de transição hospitalar em idosos: revisão sistemática rápida. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2023 ;47:e143.

VALENTE, S. H. et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE02687, 2022.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n.3, e47615, 2017.

WINTER, V. D. B. et al. Transição de cuidado de pacientes internados por COVID-19 e sua relação com as características clínicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE00012, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services**. Geneva: WHO, 2018.

ZANETONI, T. C. et al. Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220452, 2023.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizada minha tese, cujo objetivo foi promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para a APS, sinto-me segura ao afirmar que a convergência da assistência com a pesquisa é um diferencial para o cuidado na enfermagem. Ao longo da minha trajetória acadêmica pude participar de outras pesquisas sem estar inserida na assistência e com isso consigo comparar e sentir o quão enriquecedor e diferenciado foi realizar esse projeto apoiada na metodologia da pesquisa convergente assistencial.

Para a gestão do cuidado, verificar uma demanda assistencial tão importante emergindo do dia a dia nas instituições de saúde e elaborar estratégias que efetivamente possam ser implementadas para solucioná-las foi uma experiência muito positiva como pessoa, enfermeira e pesquisadora.

A continuidade do cuidado será assegurada quando estratégias oportunas para atuação nas lacunas da fragmentação da rede de atenção à saúde puderem ser superadas, porém tais lacunas precisam ser pensadas e planejadas a partir da realidade das instituições. O discurso comum de muitos profissionais da saúde “na prática a teoria é outra” vem de estratégias pensadas pela alta gestão das instituições e pelo sistema de saúde de maneira generalista, sem pensar o que efetivamente pode ser operacionalizado pelos profissionais da prática assistencial, com a realidade vivenciada nas instituições. A literatura leva-nos a identificar relatos de resultados de pesquisas em que muitas ações, incluindo o planejamento da alta hospitalar, não são realizadas por sobrecarga de atividades, falta de capacitação e por utilizar estratégias que não são condizentes com a realidade da prática de atenção à saúde desempenhada naquele local e esse é o primeiro apontamento que deixo nesta tese: as melhorias assistenciais e desenvolvimento de ações para promover a Continuidade do Cuidado dos pacientes são possíveis de serem implementadas no âmbito hospitalar, desde que, pensadas, planejadas e operacionalizadas de modo que possam incorporadas à assistência.

No contexto da hospitalização a pessoa idosa e seus familiares/cuidadores vivenciam padrões múltiplos de transições e o enfermeiro precisa estar atento para que suas ações sejam direcionadas à totalidade do processo vivenciado. Neste estudo, pode-se observar a transição no **processo de saúde e doença**, resultante da alteração de um estado de bem-estar para uma situação de doença aguda ou crônica como no contexto do processo de hospitalização e desospitalização de pessoas idosas, bem como a **transição situacional** considerando a

mudança de papel que, muitas vezes, ocorre com a hospitalização: a esposa (o), filha(o)/familiares que se tornam cuidadores, a pessoa idosa como dependente para cuidados que até então não necessitava.

Os achados desta tese possibilitaram concluir que o processo de transição envolvido na hospitalização da pessoa idosa é complexo visto às condições multifatoriais existentes: idade avançada, comprometimento funcional e cognitivo, múltiplas internações e comorbidades. Os condicionantes pessoais, ambientais e sociais atuam como facilitadores ou inibitórios. Vêm ao encontro de um processo de transição saudável, os condicionantes facilitadores como: rede de apoio efetiva, condição econômica favorável, estar situado, ter o apoio comunitário e social estabelecido, porém essa não se mostra uma realidade de todos. A limitação da participação multiprofissional no processo de planejamento da alta, o qual se configura uma limitação deste estudo.

O caminho para promover a CC da pessoa idosa após alta hospitalar apresenta diferentes aspectos para sua efetivação. Inicia com a hospitalização da pessoa idosa e seus familiares e todas as implicações que essa transição traz consigo; implica na organização da unidade de internação em realizar o planejamento da alta por meio de um olhar sobre a individualidade da pessoa idosa e seu familiar, porém não depende apenas da iniciativa do enfermeiro sensibilizado pela causa, mas de uma política institucional. Assim como realizar a articulação com a APS para que esse cuidado tenha continuidade, longitudinalmente e territorialmente requer do profissional e da gestão da APS essa mesma vontade e tomada de decisão.

A continuidade do cuidado ao paciente após alta hospitalar evita que o usuário se perca na malha assistencial, favorece a manutenção da saúde, reduz o risco de internações e idas à emergência e proporciona a continuidade nos demais pontos da RAS, em especial na APS. Porém, alguns aspectos identificados nesse processo de transição denotam atenção: multiplicidade de encaminhamentos para diferentes seguimentos da rede de atenção à saúde, reinternações e diferentes dificuldades vivenciadas pelas pessoas idosas e seus familiares vem à reflexão acerca da adequação do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa atual no país, bem como a necessidade de ampliação do escopo de atuação e atendimento as necessidades da pessoa idosa na APS.

Acredita-se que o objetivo de promover a Continuidade do Cuidado da pessoa idosa na transição do hospital para Atenção Primária à Saúde foi alcançado, bem como os objetivos

específicos de identificar, planejar e capacitar os participantes do estudo. O conhecimento das necessidades de atenção à saúde da pessoa idosa permitiu o direcionamento das intervenções e terapêuticas de Enfermagem eficazes para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para o cuidado seguro no retorno ao domicílio durante o planejamento da alta hospitalar e a defesa da tese: A transição e a continuidade do cuidado à pessoa idosa incorporados à prática assistencial no ambiente hospitalar quando iniciadas precocemente e voltadas às necessidades de cuidado da pessoa idosa, favorecem a transição segura ao domicílio, a manutenção da saúde, reduzindo o risco de reinternações e idas à emergência, de maneira a prevenir a descontinuidade da atenção nos serviços de saúde.

Os objetivos da realização da contrarreferência e acompanhamento após alta hospitalar também foram contemplados, apesar das dificuldades existentes. A contrarreferência foi realizada através de email para a UBS de origem com aviso de alta hospitalar e através dos documentos de alta entregues aos participantes. A intenção da pessoa idosa já sair do hospital com a consulta na UBS agendada foi parcialmente alcançada, visto diferentes dificuldades encontradas nesse processo. Neste aspecto, cabe destacar, que se tem a enfermeira de ligação como uma estratégia eficaz descrita na literatura para fortalecer a contrarreferência e a CC, porém ainda pouco difundida no Brasil.

Contudo, desde o início até a finalização, esta pesquisa foi envolvida num processo dialógico com os enfermeiros assistenciais participantes e pensada de modo a trazer soluções voltadas para a melhoria da assistência à saúde da pessoa idosa hospitalizadas perante um cuidado integral e individual e que essas estratégias fossem viáveis de serem incorporadas a assistência de modo a qualificá-la e de promover a CC da pessoa idosa após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABAD-CORPA, E. et al. Avaliação da eficácia do planejamento de alta hospitalar e acompanhamento na atenção primária de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal da clínica enfermagem**, v. 22, n. 5-6, pág. 669-80, 2013.
- ADMI, H. et al. From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on older adults. **Rambam Maimonides Med J.**, v. 6, n. 2, e0017, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5041/RMMJ.10201>.
- ALMEIDA, P. F. DE. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
- ANDRADE, F. L. J. P. et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 186-97, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160151>.
- APOLINARIO, D. et al. Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa: estudo observacional do impacto na redução de declínio funcional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00305620, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00305620>
- AUED, G. K. et al. Competências da enfermeira de ligação na alta hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 42., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200211>.
- AUED, G. K. et al. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3162, 2019.
- AUED, G. K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. 185 f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
- BAHR, S. J. et al. Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. **Nursing Research**: v. 69, n. 3, p. 186-196, 2020. DOI:10.1097/NNR.0000000000000417.
- BELGA, S. M. M. F. et al. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.
- BERNARDINO E. et al. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enferm Foco**, v. 12, supl 1, p. 72-6, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5164.
- BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, p. 459-463, 2010.
- BORDIN, D. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 21, p. 439-446, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**, Brasília, 2017. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/a-estrategia-brasileira/EstrategiaesaudeparaoBrasil_CIT_20170604.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p. : il. ISBN 978-85-334-2115-8

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS) [Internet]. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília,

DF, 31 dez. 2010, seção 1:88. Available at:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jan.11/iels02/u_pt-ms-gm-4279_301210.pdf>.

BRASIL. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução CFEN n. 564, de 06 de novembro de 2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília (DF): COFEN; 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 28 out. 2019.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 137-45, 2016.

COSTA, M.F.B.N.A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03477, 2019. DOI: 0.1590/s1980-220x2018017803477.

COSTA, M.F.B.N.A. et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto Contexto Enferm.**, v. 29, e20180332, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>.

ARAÚJO, E. et al. Capacidade funcional de idosos na internação e três meses do pós-alta hospitalar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 26, n. 1, 2021. DOI: 10.22456/2316-2171.93511.

CARMO, K. da S. et al. Rede de atenção à saúde na perspectiva de usuários com diabetes. **Cienc Cuid Saude**, v. 18, n. 3, p. e45743, 2019.

SANTOS SILVA, A. et al. Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios . **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 2, n. Sup.3, p. e188, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200188.

FACCHINETTI, G. et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 101, 2020. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.

FOLSTEIN, M. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.

GALLO, V. C. L. G.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; KHALAF, D. K. Continuidade do cuidado: conceituando a continuidade e transição do cuidado. Curitiba, 2021. 23 p.

GALVIN, E.C.; WILLS, T.; COFFEY, A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 73, n. 11, p.2547-57, 2017. DOI: 10.1111/jan.13324.

GALLO, V. C. L. et al. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 38, p. 173–182, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.38.173-182.

GOLÇALVES-BRADLEY, D.C. et al. Discharge planning from hospital. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 1, 2016. DOI:10.1002/14651858.cd000313.pub5.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, p.1219, 2003. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>>.

HUNT-O'CONNOR, C. et al. “The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews.” **Journal of nursing management** vol. 29,8 (2021): 2697-2706. DOI:10.1111/jonm.13409.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudos e Análises. Informação demográfica e socioeconômica, n. 3.** Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Organizado por Leila Regina Ervati, Gabriel Mendes Borges e Antonio de Ponte Jardim. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção demográfica do IBGE.** 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 2 de dez. 2021.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022.** s/d. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/sobre/conhecendo-o-brasil.html>. Acesso em: 02 jun. 2023.

JUTTEL KNABBEN, J. et al. Tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 35, p. 10, 2022. DOI: 10.5020/18061230.2022.12813.

KATZ, S. et al. Progress in development of the Index of ADL. **Gerontologist**, v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970.

LANZONI, G. M. de M. et al. Transição do cuidado da pessoa com doença crônica na alta hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, 2023. DOI: 10.18471/rbe.v37.47254.

LE BERRE, M. et al. Impacto dos serviços de cuidados transitórios para pacientes idosos com doenças crônicas: uma sistemática revisão de evidências. **J Am Geriatr Soc.**, v. 65, n. 7, p.1597-608, 2017. DOI: 10.1111 / jgs.14

LOURENÇO, R. A; VERAS, R. P. Miniexame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 712-719, 2006.

MARTÍNEZ-VELILLA, N. et al. “Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial.” **JAMA internal medicine** vol. 179,1 (2019): 28-36. doi:10.1001/jamainternmed.2018.486915

MARTINS, N. P. R. et al. Qualidade de vida de idosos internados em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Público. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 54, e03573, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018032903573>

MARTINS, M. M. et al. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de portugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, set. 2018. ISSN 2176-9133. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.

MAURO, A. D. et al. Articulação hospital–atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 288-95, 2017.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In: **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010, cap 2, p. 52-65.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELEIS, A. I. **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010.

MELEIS, A.I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle range theory. **ANS Adv. Nurs. Sci.**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORSE, M.; FIELD, A. **Qualitative Research Methods for Health Professionals**. Sage Publications, Thousand Oaks, 1995.

MÜLLER , Z. et al. Instrumentos de avaliação multidimensional aplicados ao cuidado de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 26, n. 304, p. 9916–9925, 2023. DOI: 10.36489/nursing.2023v26i304p9916-9925.

NYWEIDE, D.J. et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. **JAMA Intern. Med.** [Internet], v. 173, n. 20, p. 1879-85, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.10059>>.

OLIVEIRA, E. C. et al. Cuidados pós-alta em pacientes idosos com sequelas de acidente vascular cerebral: planejamento de alta hospitalar. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n. 9, p. 172-197, 2017.

OLIVEIRA, F. M. R. L. et al. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e15488, 2018.

OLIVEIRA, L. S. et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Esc. Anna. Nery**, v. 25, n. 5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. **Canadian health services research foundation**, 2002.

RESNICK, B.; BOLTZ, M. “Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls.” **Clinics in geriatric medicine** vol. 35,2 (2019): 237-251. doi:10.1016/j.cger.2019.01.003

RIBAS, E. N. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 546-53, 2018.

RODRIGUES, M. M. et al. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

SALMAZO, H. et al. Fatores associados a hospitalização de idosos longevos residentes no Distrito Federal – Brasil. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 96, n. 37, p. e-021203, 2022. DOI: 10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1284.

SANTOS, E. et al. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, v. 49, p. 153-171. 2015.

SANTOS, S. C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R. S. Integralidade sobre o cuidado do idoso. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 118-27, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413/5220>>. Acesso em: 28 set. 2021.

SANTOS, M.T. et al. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 56, e20220100, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0100en>.

SCHUMACHER, K. L. et al. Family caregiving skill: Development of the concept. **Research in Nursing & Health**, v. 23, p. 191-203, 2000.

SCHUMACHER, K. L.; JONES, P. S., MELEIS, A.I. Helping elderly persons in transition: a frame work for research and practice. In: Swanson EA, Tripp-Reimer T, eds. **Life Transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals** New York: Springer; 1999. p.1-26

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 26, n. 2, p.119–127, 1994. IN: MELEIS, A. **Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice**. New York: Springer Publishing Company. 2010. p. 38-51

SILVA, B. C. et al. Planejamento de enfermagem para a alta hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e28111124791, 2022.

SILVA, M. R. F. et al. O. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 107- 119, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611008>.

SILVA, R. A. E. et al. Gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SOUZA N. F. et al. Planejamento da alta hospitalar para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: desafios à atuação do enfermeiro. **Cogitare enferm.**, v. 25, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71602>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71602>.

TASCA R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil [Recommendations to strengthen primary health care in Brazil/Recomendaciones para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en Brasil]. **Rev Panam Salud Publica**. 2020 Jan 6;44:e4. Portuguese. DOI: 10.26633/RPSP.2020.4. PMID: 31911800; PMCID: PMC6943881.

TEIXEIRA, J. P. D. D. S.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33, 186-196, 2012.

TRENTINI, M. et al. Pesquisa convergente assistencial e sua qualificação como investigação científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. 2ª ed. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D. M. G.V. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2018.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; DA SILVA, D. M. G.V. O método da pesquisa convergente assistencial. 4ª ed. - Porto Alegre: **Moriá**, 2023.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. de. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 35, p. 15, 2022. DOI: 10.5020/18061230.2022.11762.

UTZUMI, F. C. et al. Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. e20180502, 2020.

VALENTE, S.H. et al. Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 345-53, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-36, 2018.

VERAS, R. P.. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230233, 2023.

VIEIRA, R. A.; JESUS, A.; ARAÚJO, I. C. M. . A hospitalização do idoso e os riscos de aumento do tempo de permanência. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 762–767, 2023. DOI: 10.51161/conais2023/20988.

WEAVER, N. et al. Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: a systematic appraisal of the literature. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 24, n. 6, p. 431-450, 2017. Disponível em:

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, v. 22, n.3, e47615, 2017.

WHO. **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO, 2018.

**APÊNDICE A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):
IDOSO**

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado (a) pessoa idosa internada no Hospital Universitário,

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar e informá-lo sobre o procedimento da pesquisa “CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA A PARTIR DO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR”.

Meu nome é Angela Maria Alvarez, enfermeira, professora, doutora, docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sou responsável por esta pesquisa, que também terá a participação da doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mayara Marta Rodrigues, como pesquisadora. Assim, nos comprometemos a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa. Esta pesquisa tem como objetivo: Implementar o planejamento da alta hospital da pessoa idosa no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Serão convidados a participar idosos e/ou familiares internados na unidade de internação Clínica Médica 2 do Hospital Universitário. A sua participação consistirá em receber o pesquisador e responder alguns questionamentos, receber orientação de cuidados necessários para sua saúde e em concordar após alta hospitalar de em 7 dias e 30 dias após alta, responder alguns questionamentos da pesquisadora acerca da continuidade do cuidado da pessoa idosa via teleconsulta de enfermagem e/ou visita domiciliar se necessário. As pesquisadoras comprometem-se a garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, conforme Item III.1, letra i da Resolução CNS 466/12.

Em relação aos BENEFÍCIOS desta pesquisa o (a) Senhor (a) será beneficiado (a) em relação ao desenvolvimento de estratégias que atuem na problemática do cuidado fragmentado a pessoa idosa nas redes de atenção à saúde do idoso e aos benefícios que a alta planejada para a continuidade do cuidado do idoso.

Em relação aos RISCOS desta pesquisa o (a) senhor (a) poderá estar exposto a algum tipo como: a) Sentir-se cansaço ou fadigado pela aplicação do roteiro e da escala, assim como pela presença e perguntas do pesquisador; b) ter sensação de intimidação por estar internado e sob cuidados oferecidos pela enfermagem no HU/UFSC/EBSERH; c) sentir incomodado em ter que receber ligação ou visita domiciliar da pesquisadora; d) sentir constrangimento pelo local de realização da pesquisa, assim como pelo tempo em que a entrevistadora denota para a aplicação dos instrumentos; e, f) poderá acontecer, ainda que involuntariamente e não intencional, a quebra de sigilo das informações e do anonimato de sua pessoa. Neste sentido as pesquisadoras tomarão

medidas preventivas escolhendo momento de calma e tranquilidade da rotina diária dos procedimentos de cuidado e seguro para a realização da pesquisa, assim como controle do tempo de no máximo de 30 minutos, para a aplicação dos instrumentos, que serão feitos de forma clara e respeitando suas limitações durante a realização da coleta de dados. Ou ainda farão uma pausa para descanso para recuperação de seu estado emocional ou ainda se retira da unidade do paciente interrompendo os procedimentos da pesquisa. Mas, caso o (a) senhor (a) ainda tenha interesse de continuar como participante, a pesquisadora poderá retornar e continuar a coleta de dados em outro momento, quando se sentir mais confortável.

A sua participação será importante para desenvolvermos esse estudo. Se o (a) senhor (a) concordar com a participação nesta pesquisa, nos lhe pedimos que o (a) senhor (a) assine duas vias deste documento, que estamos lhe entregando, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo assinada por mim e pela aluna pesquisadora. Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida poderá nos perguntar pessoalmente no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 5º andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP: 88.040-900 ou ligar das 09 às 18 horas pelos telefones (48) 98824-0341, referente à Professora Dra. Angela Maria Alvarez ou pelo telefone (48) 99906-4292, referente à doutoranda Mayara Marta Rodrigues ou nos endereços eletrônicos: angela.alvarez@ufsc.br mayara153@hotmail.com. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos defende os interesses dos indivíduos, respeitando a dignidade e integridade, contribuindo para a observância dos preceitos éticos necessários para a sua realização de pesquisas.

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante:

Assinatura do(a) participante

Pesquisadoras responsáveis:

Angela Maria Alvarez - Documento de Identidade: 3.443.479 SSP/SC

Mayara Marta Rodrigues Documento de Identidade: 5.425.597 - SSP/SC

**APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE):
FAMILIAR/ACOMPANHANTE DO IDOSO HOSPITALIZADO**

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado (a) pessoa idosa internada no Hospital Universitário,

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar e informá-lo sobre o procedimento da pesquisa “CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA A PARTIR DO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR”.

Meu nome é Angela Maria Alvarez, enfermeira, professora, doutora, docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sou responsável por esta pesquisa, que também terá a participação da doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mayara Marta Rodrigues, como pesquisadora. Assim, nos comprometemos a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa. Esta pesquisa tem como objetivo: Implementar o planejamento da alta hospital da pessoa idosa no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Serão convidados a participar idosos e/ou familiares internados na unidade de internação Clínica Médica 2 do Hospital Universitário. A sua participação consistirá em receber o pesquisador e responder alguns questionamentos, receber orientação de cuidados necessários para sua saúde e em concordar após alta hospitalar de em 7 dias e 30 dias após alta, responder alguns questionamentos da pesquisadora acerca da continuidade do cuidado da pessoa idosa via teleconsulta de enfermagem e/ou visita domiciliar se necessário. As pesquisadoras comprometem-se a garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, conforme Item III.1, letra i da Resolução CNS 466/12.

Em relação aos BENEFÍCIOS desta pesquisa o (a) Senhor (a) será beneficiado (a) em relação ao desenvolvimento de estratégias que atuem na problemática do cuidado fragmentado a pessoa idosa nas redes de atenção à saúde do idoso e aos benefícios que a alta planejada para a continuidade do cuidado do idoso.

Em relação aos RISCOS desta pesquisa o (a) senhor (a) poderá estar exposto a algum tipo como: a) Sentir-se cansaço ou fadigado pela aplicação do roteiro e da escala, assim como pela presença e perguntas do pesquisador; b) ter sensação de intimidação por estar internado e sob cuidados oferecidos pela enfermagem no HU/UFSC/EBSERH; c) sentir incomodado em ter que receber ligação ou visita domiciliar da pesquisadora; d) sentir constrangimento pelo local de realização da pesquisa, assim como pelo tempo em que a entrevistadora denota para a aplicação dos instrumentos; e, f) poderá acontecer, ainda que involuntariamente e não intencional, a quebra de sigilo das informações e do anonimato de sua pessoa. Neste sentido as pesquisadoras tomarão medidas preventivas escolhendo momento de calma e tranquilidade da rotina diária dos

procedimentos de cuidado e seguro para a realização da pesquisa, assim como controle do tempo de no máximo de 30 minutos, para a aplicação dos instrumentos, que serão feitos de forma clara e respeitando suas limitações durante a realização da coleta de dados. Ou ainda farão uma pausa para descanso para recuperação de seu estado emocional ou ainda se retira da unidade do paciente interrompendo os procedimentos da pesquisa. Mas, caso o (a) senhor (a) ainda tenha interesse de continuar como participante, a pesquisadora poderá retornar e continuar a coleta de dados em outro momento, quando se sentir mais confortável.

A sua participação será importante para desenvolvermos esse estudo. Se o (a) senhor (a) concordar com a participação nesta pesquisa, nos lhe pedimos que o (a) senhor (a) assine duas vias deste documento, que estamos lhe entregando, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo assinada por mim e pela aluna pesquisadora. Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida poderá nos perguntar pessoalmente no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 5º andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP: 88.040-900 ou ligar das 09 às 18 horas pelos telefones (48) 98824-0341, referente à Professora Dra. Angela Maria Alvarez ou pelo telefone (48) 99906-4292, referente à doutoranda Mayara Marta Rodrigues ou nos endereços eletrônicos: angela.alvarez@ufsc.br mayara153@hotmail.com. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos defende os interesses dos indivíduos, respeitando a dignidade e integridade, contribuindo para a observância dos preceitos éticos necessários para a sua realização de pesquisas.

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante:

Assinatura do(a) participante

Pesquisadoras responsáveis:

Angela Maria Alvarez - Documento de Identidade: 3.443.479 SSP/SC

Mayara Marta Rodrigues Documento de Identidade: 5.425.597 - SSP/SC

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE): ENFERMEIROS

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

Prezado (a) enfermeiro (a) das clínicas médicas e cirúrgicas do Hospital Universitário,

Por meio deste termo, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar e informá-lo sobre o procedimento da pesquisa “CONTINUIDADE DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA A PARTIR DO PLANEJAMENTO DA ALTA HOSPITALAR”.

Meu nome é Angela Maria Alvarez, enfermeira, professora, doutora, docente do Curso de Graduação e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sou responsável por esta pesquisa, que também terá a participação da doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mayara Marta Rodrigues, como pesquisadora. Assim, nos comprometemos a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e as resoluções complementares, que tratam dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e a proteção aos direitos dos participantes desta pesquisa. Esta pesquisa tem como objetivo: Implementar o planejamento da alta hospitalar da pessoa idosa no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina para a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Serão convidados a participar idosos e/ou familiares internados na unidade de internação Clínica Médica 2e 3 e Cirúrgica 1 e 2 do Hospital Universitário e os enfermeiros das unidades supracitadas. A sua participação consistirá em receber o pesquisador e colaborar com a pesquisadora para o planejamento da alta hospitalar de pessoas idosas com necessidade de continuidade do cuidado, bem como na elaboração de um fluxo de planejamento da alta. As pesquisadoras comprometem-se a garantir a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros, conforme Item III.1, letra i da Resolução CNS 466/12.

Em relação aos BENEFÍCIOS desta você contribuirá para o desenvolvimento de estratégias que atuem na problemática do cuidado fragmentado a pessoa idosa nas redes de atenção à saúde do idoso e aos benefícios que a alta planejada para a continuidade do cuidado do idoso.

Em relação aos RISCOS desta pesquisa você poderá estar exposto a algum tipo como: a) Sentir-se cansado ou fadigado pela participação na pesquisa; b) ter sensação de acúmulo de atividades; c) sentir-se desmotivado por participar de mais uma pesquisa; d) a participação na pesquisa pode gerar insegurança/reflexões acerca da prática profissional. Além disso, estima-se que a participação durante as etapas da pesquisa irá desprender tempo do participante enfermeiro durante sua prática profissional, não excedendo 40 minutos/turno, sempre conforme sua disponibilidade, respeitando as atribuições do setor, mantendo o cuidado para não o sobrecarregar e mediante seu aceite para contribuir com a pesquisa naquele momento. Caso o enfermeiro sinta-se indisposto e cansado será garantida uma pausa, interrupção na etapa em desenvolvimento e se o enfermeiro não quiser participar mais da etapa isso não lhe causará nenhum desconforto e a pesquisadora conclui sem o enfermeiro a etapa iniciada. Neste sentido as pesquisadoras tomarão medidas preventivas escolhendo momento de calma e tranquilidade da rotina diária para a realização da pesquisa, assim como controle do tempo, respeitando suas

limitações durante a realização da coleta de dados. Ou ainda farão uma pausa para descanso para recuperação de seu estado emocional ou ainda se retirar dos procedimentos da pesquisa sem qualquer problema futuro.

A sua participação será importante para desenvolvermos esse estudo. Se você concordar com a participação nesta pesquisa, nos lhe pedimos que o (a) senhor (a) assine duas vias deste documento, que estamos lhe entregando, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo assinada por mim e pela aluna pesquisadora. Se o (a) senhor (a) tiver alguma dúvida poderá nos perguntar pessoalmente no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 5º andar, sala 303, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP: 88.040-900 ou ligar das 09 às 18 horas pelos telefones (48) 98824-0341, referente à Professora Dra. Angela Maria Alvarez ou pelo telefone (48) 99906-4292, referente à doutoranda Mayara Marta Rodrigues ou nos endereços eletrônicos: angela.alvarez@ufsc.br mayara153@hotmail.com. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos defende os interesses dos indivíduos, respeitando a dignidade e integridade, contribuindo para a observância dos preceitos éticos necessários para a sua realização de pesquisas.

Agradecemos a sua colaboração.

Florianópolis, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante:

Assinatura do(a) participante

Pesquisadoras responsáveis:

Angela Maria Alvarez - Documento de Identidade: 3.443.479 SSP/SC

Mayara Marta Rodrigues Documento de Identidade: 5.425.597 - SSP/SC

APÊNDICE D – IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO.

IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO
<p>1. Unidade de internação: _____</p> <p>2. Nome do paciente: _____</p> <p>3. Data de nascimento: ___/___/_____</p> <p>4. Data da internação: ___/___/_____</p> <p>5. Data da identificação: ___/___/_____</p> <p>6. Data provável da alta : ___/___/_____ () sem data de alta prevista</p> <p>7. Cidade que reside () Florianópolis () Outro _____</p>
<p>8. Motivo da inclusão no estudo:</p> <p>() Doenças Crônicas de difícil manejo/má adesão</p> <p>() Alta com dispositivos. Qual? _____</p> <p>() Cuidados paliativos que retornarão ao domicílio</p> <p>() Lesões de pele e estomas</p> <p>() Necessidade de reabilitação</p> <p>() Necessidade de suporte ventilatório após alta hospitalar</p> <p>() Histórico de internações frequentes</p> <p>() Outro _____</p> <p>9. Diagnóstico principal: _____</p> <p>10. Comorbidades: _____</p> <p>11. Motivo da internação: _____</p> <p>12. Possui cuidador/rede de apoio familiar?</p> <p>() SIM () NÃO</p>

APÊNDICE E – AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO.

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM NECESSIDADE DE CONTINUIDADE DO CUIDADO
DADOS INICIAIS
<p>1. Unidade de internação: _____</p> <p>2. Nome do paciente: _____</p> <p>3. Data provável da alta ___/___/____ () sem data de alta prevista</p>
<p>4. Questionário respondido por: () pessoa idosa () cuidador/familiar () pessoa idosa e cuidador familiar</p>
HISTÓRICO (MOTIVO DA INTERNAÇÃO, ANTECEDENTES, HÁBITOS DE VIDA)
<p>5. Qual motivo da internação?</p> <p>6. O senhor(a) já esteve internado outras vezes? () SIM () NÃO Se sim, por quanto tempo e qual motivo?</p> <p>7. O senhor(a) fazia acompanhamento regular de saúde anterior a internação? () SIM () NÃO</p> <p>8. Quando foi sua última consulta de saúde antes da internação? Por qual motivo?</p> <p>9. Frequenta Unidade Básica de saúde ou faz acompanhamento de saúde com algum profissional? () SIM () NÃO</p> <p>10. O senhor (a) realiza atividades físicas? () SIM () NÃO</p> <p>11. Fuma? () SIM () NÃO</p> <p>12. Uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO</p> <p>13. O senhor(a) já apresentou quedas? () SIM () NÃO Se sim, conte-me como aconteceu.</p>

14. O senhor(a) já apresentou lesões por pressão?

() SIM () NÃO

Se sim, conte-me como aconteceu:

15. Quais medicações faz uso?

CONTEXTO FAMILIAR/ DISPONIBILIDADE E COMPREENSÃO DO CUIDADOR

16. Mora sozinho?

() SIM () NÃO

17. Casa própria () ou () alugada

18. Alguém ajuda o senhor com cuidados em saúde?

() SIM () NÃO

Se sim, quem?

ENDEREÇO E BARREIRAS ARQUITETÔNICAS

19. Endereço _____

20. UBS de origem _____

21. Consegue ir até unidade de saúde com facilidade?

() SIM () NÃO

22. Conte-me como é a casa em que o senhor mora?

23. Conte-me como é o local onde o senhor mora?

CONTEXTO SOCIAL E DA COMUNIDADE

24. Possui acesso ao posto de saúde- consegue ser atendido quando precisa?

() SIM () NÃO

25. Sabe o nome do profissional enfermeiro do seu posto de saúde?

() SIM () NÃO

26. Já participou de atividades educativas no posto de saúde ou comunidade?

() SIM () NÃO Se sim, quais? _____

27. Perto da sua casa possui espaços de lazer como praças e academia de saúde?

() SIM () NÃO Se sim, quais? _____

28. Você possui contato com seus vizinhos?

() SIM () NÃO

29. Você gosta de morar neste local?

() SIM () NÃO

30. Você recebe algum tipo de renda?

() SIM () NÃO

31. A renda que o senhor(a) recebe é suficiente para suas necessidades?

() SIM () NÃO

CONHECIMENTO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE

32. O senhor sabe o motivo de estar internado?

33. O senhor(a) saberia me dizer quais cuidados tem recebido?

34. O senhor(a) quando retornar para casa precisará de um acompanhamento em relação a algum cuidado específico? Se sim, conte-me o que sabe:

ESCALAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA - KATZ

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Escore: 6 pontos (independência para AVD); 4 pontos (dependência parcial); 02 pontos (dependência importante)

Fonte: Modificado de Katz *et al.*, 1970

TESTE DE FOLSTEIN: MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação: [10 ptos]**Identificar:**

Ano | Estação do Ano | Dia da Semana | Mês | Dia do Mês |
Local | Andar | Bairro | Cidade | Estado

Registro: [3 ptos]**Memorizar:**

"Copo, mala, carro"

Atenção e cálculo: [5 ptos]

1. Subtrair 7 de 100 e sucessivamente, por 5 vezes
2. Soletrar "mundo" de trás para frente

Memória de evocação: [3 ptos]

Repetir: "copo, mala, carro"

Linguagem:

1. Nomear "lápis e relógio" [2 ptos]
2. Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá" [1 pto]
3. Seguir comando em 3 etapas: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão" [3 ptos]
4. Seguir comando escrito: "feche os olhos" [1 pto]
5. Escrever sentença com sujeito, verbo e predicado [1 pto]
6. Copiar o desenho [1 pto]



Adaptado de: Folstein, M. F. et al. J. Psychiat. Res. 1975; 12:189-198.
• LOURENÇO R.A.; VERAS R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais [Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. Rev Saúde Pública 2006;40:712-719. • LOURENÇO, R.A.; PEREZ, M. & SANCHEZ, M.A.S. Apêndice: Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas; Lígia Py, Johannes Doll (Editores). Pag. 1707-1720 ISBN 9788527719056 Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 3ª Edição, 2011.

Fonte: FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975

APÊNDICE F – CAPACITAÇÃO DAS DEMANDAS DE CUIDADOS PÓS ALTA HOSPITALAR.

CAPACITAÇÃO DAS DEMANDAS DE CUIDADOS PÓS ALTA HOSPITALAR
Unidade de internação: _____
Nome do paciente: _____
Cuidador capacitado: _____
DEMANDAS DE CUIDADO
<input type="checkbox"/> Aspiração das vias aéreas <input type="checkbox"/> Cuidado com o traqueóstomo (aspiração e técnica de recolocação) <input type="checkbox"/> Cuidados com suporte ventilatório (oxigênio, cateter ou máscara) <input type="checkbox"/> Cuidados com estomas (colostomia, nefrostomia, traqueostomia, gastrostomia- limpeza, curativo, troca) <input type="checkbox"/> Cuidados com medicações (indicações clínicas, dose, via de administração, preparação e como administrar, em especial em gastrostomia e SNE) <input type="checkbox"/> Cuidados com alimentação (número de refeições, intervalo, manutenção da via...) <input type="checkbox"/> Prevenção de infecções relacionadas à saúde (higiene das mãos) <input type="checkbox"/> Orientação sobre higiene do paciente (higiene oral e banho de leito) <input type="checkbox"/> Prevenção de lesões por pressão <input type="checkbox"/> Cuidados com curativos e lesões de pele <input type="checkbox"/> Identificação de sinais de alerta (infecção, hipoventilação) e avaliação dos dados vitais <input type="checkbox"/> Cuidados com Sondagem vesical de demora e de alívio <input type="checkbox"/> Outros _____
CAPACITAÇÃO
Item abordado:
Assinatura idoso(a) e/ou cuidador: _____
Assinatura das pessoas que capacitaram: _____
Data: ____/____/____

Item abordado:

.....
.....

Assinatura idoso(a) e/ou cuidador: _____

Assinatura das pessoas que capacitaram: _____

Data: ___/___/_____

Item abordado:

.....
.....

Assinatura idoso(a) e/ou cuidador: _____

Assinatura das pessoas que capacitaram: _____

Data: ___/___/_____

APÊNDICE H - ACOMPANHAMENTO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO**ACOMPANHAMENTO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO**

Bom dia/boa tarde! Sou enfermeira Mayara Marta Rodrigues do Hospital universitário de Santa Catarina, e combinamos que eu ligaria para ver como o Senhor(a) está após alta hospitalar.

0. Como o senhor(a) está se sentindo?
1. Poderia nos contar quais foram às orientações fornecidas na alta hospitalar?
 - 2.1 Quem realizou as orientações na alta hospitalar?
 - 2.2 O senhor (a) estava acompanhado pelo familiar/cuidador quando recebeu as orientações na alta hospitalar?
2. O senhor (a) precisou de algum material ou equipamento em casa para dar continuidade no seu tratamento? Quais são esses materiais?
3. Conseguiu acesso ao Centro de Saúde?
4. A Enfermeira do Centro de Saúde conversou com o senhor (a) sobre os cuidados necessários em casa?
 - 5.1 Poderia nos contar quais são esses cuidados que o senhor (a) necessita em casa?
 - 5.2 Tem enfrentado dificuldades para realização dos cuidados necessários pós alta hospitalar?
5. O senhor (a) gostaria de comentar algo que não perguntei?

Data do acompanhamento: ____/____/____

Muito obrigada pela sua participação!

APÊNDICE I – MATERIAL EDUCATIVO DE CAPACITAÇÃO PARA ALTA HOSPITALAR



CUIDADOS PÓS-ALTA HOSPITALAR



O enfermeiro atuante é
um educador constante!





CONTINUIDADE DOS CUIDADOS



- ✓ Procure o posto de saúde para acompanhamento e leve seus documentos fornecidos na alta;
- ✓ Mantenha a vacinação em dia;
- ✓ Retire suas dúvidas com profissionais de saúde da sua UBS .



- ✓ Não realize automedicação;
- ✓ Organize as medicações para tomá-las no horário correto;
- ✓ Não deixe a medicação terminar para providenciar mais remédios;
- ✓ Não interrompa medicações sem orientações de um profissional de saúde;



**CUIDE DA SUA
SAÚDE MENTAL**

- ✓ Faça atividade físicas, caminhadas ou movimente-se como puder;
- ✓ Evite alimentos gordurosos, excesso de sal e açúcar; beba água;
- ✓ Evite fumar e o uso excessivo de bebidas alcoólicas;
- ✓ Respeite o horário do seu sono, ele é muito importante para a saúde.



- ✓ Mantenha o ambiente limpo e arejado;
- ✓ Cuidados com escadas e piso molhado.



- ✓ Atenção com o desequilíbrio, utilize bengalas e andadores; analise se consegue ir ao banheiro durante a noite ou use papagaios/fralda;
- ✓ Atenção com objetos soltos pela casa que possam ocasionar tropeços e quedas;



- ✓ Evite o uso de tapetes pela casa;
- ✓ Mantenha uma luz/abajur próximo caso necessite levantar-se a noite;
- ✓ Evite calçados que escorregam e que não se adaptam bem ao pé;



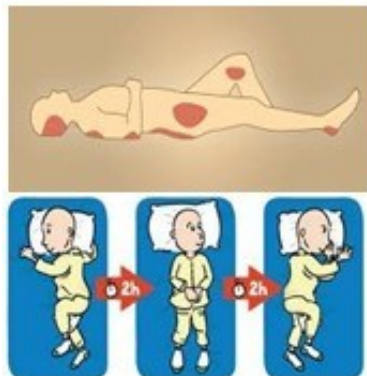
- ✓ Utilize cadeira/poltronas com braços ;
- ✓ No banheiro instale barras de apoio se possível, e se necessário tome banho sentado;



CUIDADOS COM PACIENTES ACAMADOS



- ✓ Manter posição sentada ou elevada para alimentação;
- ✓ Observar se o alimento foi ingerido e sinais de engasgo;
- ✓ Oferecer alimentos na consistência adequada para a condição de deglutição;



- ✓ Observar pontos de hiperemia/vermelhidão;
- ✓ Mudar de posição a cada duas horas ou quando possível;
- ✓ Mudar de posição sem puxar lençóis tracionando a pele, virar de um lado e após do outro;
- ✓ Não colocar micropore/esparadrapo direto na pele, usar atadura/faixa.



OUTROS CUIDADOS:

- ✓ Hidratar a pele, mas não deixa-lá úmida!
- ✓ Troca de fraldas frequentes;
- ✓ Manter lençóis limpos e esticados;
- ✓ Higiene oral (boca e dentes).



CUIDADOS SONDA VESICAL DEMORA



- ✓ Realize a troca conforme orientação da sua equipe de saúde, SE NECESSÁRIO;
- ✓ Cuidado para não tracionar a sonda, posicione-a de maneira segura, existe um balão fixando-a na sua bexiga e ao puxar acidentalmente irá causar lesões e dor;
- ✓ Esvaziar a bolsa coletora regularmente, antes de atingir o limite e mantê-la abaixo do nível da bexiga; não deixe a ponta em contato direto com o chão;
- ✓ Caso precise passar a bolsa coletora acima do paciente, feche-a e depois abra novamente.
- ✓ Realize a higiene íntima todos os dias com água e sabão.
- ✓ Vermelhidão, dor, febre, mal cheiro, urina turva ou com sangue são sinais que há algo de errado, procure auxílio de um profissional da saúde.



Previna infecções: lave sempre as mãos ao manipular a sonda!



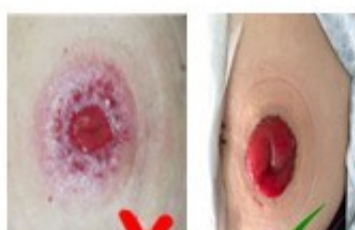


- ✓ Atenção para não obstruir: lave a sonda com 20ml de água filtrada ou fervida antes e após administração de medicações;
- ✓ Eleve a cabeceira de 30 a 45º para administração da dieta e mantenha essa posição por 20-30 minutos;
- ✓ Mantenha o frasco 60cm acima da cabeça do paciente;
- ✓ Recomenda-se administrar medicações via sonda 1h antes ou 2h depois da administração da dieta.
- ✓ Lave as mãos antes e depois higienize os utensílios;
- ✓ Regule a velocidade da dieta de forma gradual, pois administrações rápidas podem ocasionar diarreia.
- ✓ Comprimidos podem ser triturados até virar pó e misturados com água para administração, salvo exceções;

Procure ajuda se: tosse não habitual constante após utilização da sonda; saída da sonda acidentalmente; alterações no ostoma (orifício da gastrostomia), e em caso de vômito, diarreia e dor abdominal por mais de 24 horas.



CUIDADOS COM OSTOMIAS INTESTINAIS



- ✓ Através das ostomias intestinais são eliminadas as fezes;
- ✓ Tenha um horário de rotina de troca de bolsa; (Sugestão pela manhã: antes da primeira refeição --> seu estoma estará menos ativo).
- ✓ Observar sempre a cor (deve ser vermelho vivo), tamanho e forma.
- ✓ **ATENÇÃO:** Dor, secreção, alteração da coloração, coceira e ausência da saída de fezes por dias seguidos não é normal;
- ✓ Esvazie constantemente o saco coletor para que a bolsa não fique pesada e descole da pele, utilize pequena quantidade de água sem pressão para limpeza e após feche o clamp.

A TROCA DA BOLSA

Higienização: umedeça uma gaze ou pano macio com água morna e sabão neutro e limpe delicadamente a região sem esfregar.

Recorte a placa do tamanho do seu estoma, utilize a régua que vem junto a bolsa coletora, meça corretamente e evite vazamentos!

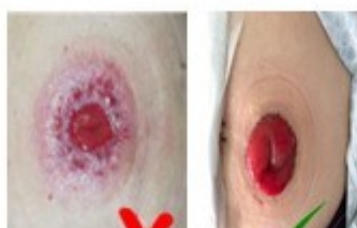
Adapte a bolsa na placa de baixo para cima.

Troca: bolsa de uma peça ou de duas peças, troca a cada 3 a 5 dias ou se descolar.





CUIDADOS COM OSTOMIAS INTESTINAIS



- ✓ Através das ostomias intestinais são eliminadas as fezes;
- ✓ Tenha um horário de rotina de troca de bolsa; (Sugestão pela manhã: antes da primeira refeição --> seu estoma estará menos ativo).
- ✓ Observar sempre a cor (deve ser vermelho vivo), tamanho e forma.
- ✓ **ATENÇÃO:** Dor, secreção, alteração da coloração, coceira e ausência da saída de fezes por dias seguidos não é normal;
- ✓ Esvazie constantemente o saco coletor para que a bolsa não fique pesada e descole da pele, utilize pequena quantidade de água sem pressão para limpeza e após feche o clamp.

A TROCA DA BOLSA

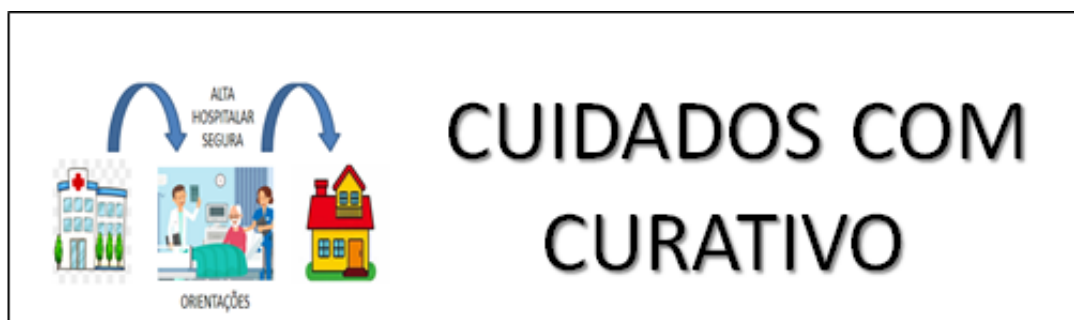
Higienização: umedeça uma gaze ou pano macio com água morna e sabão neutro e limpe delicadamente a região sem esfregar.

Recorte a placa do tamanho do seu estoma, utilize a régua que vem junto a bolsa coletora, meça corretamente e evite vazamentos!

Adapte a bolsa na placa de baixo para cima.

Troca: bolsa de uma peça ou de duas peças, troca a cada 3 a 5 dias ou se descolar.

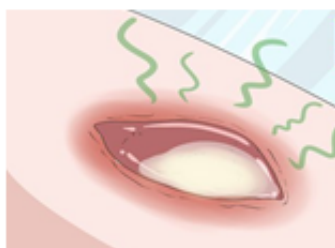




- ✓ Higienize as mãos e o local que servirá de apoio para os materiais; preferencialmente realize o curativo após banho;



- ✓ Troque o curativo quantas vezes por dia foi orientado ou se necessário (muita secreção/"molhado"); Molhe as gazes com soro fisiológico antes de retirar o curativo para não grudar.



- ✓ Procure ajuda do posto de saúde-UBS, caso apresente febre e sinais de infecção na lesão (mau cheiro, presença de pus, secreção amarelada, dor forte fora do habitual..)

- ü Evite falar ou tossir e presença de outras pessoas enquanto realiza o curativo para não contaminar;
- ü Realize a limpeza inicial conforme orientado e manuseie a gaze segurando pelas 4 pontas sem tocar no local que irá em contato com a lesão; Aplique o produto indicado e feche com gaze e atadura.
- ü Para cada lesão lave as mãos, evite contaminação!

NÃO COLOQUE MICROPORE DIRETAMENTE NA PELE FRÁGIL, UTILIZE ATADURA!





- ✓ Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar; dê preferência ao consumo de alimentos naturais (frutas, hortaliças, feijões, raízes, grãos) e ricos em fibras: farelo de aveia, de trigo;
- ✓ Horário das refeições: dividir as refeições em torno de 6 vezes ao dia (café, almoço, jantar e lanches entre as refeições e antes de dormir);



- ✓ As complicações mais comuns a longo prazo quando não controlada a doença são: problemas nos olhos, rins, pés, cérebro, coração, perda de sensibilidade etc..
- ✓ Fique atento aos sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;

O CONTROLE DA GLICEMIA É ESSENCIAL PARA PREVINIR AS COMPLICAÇÕES!



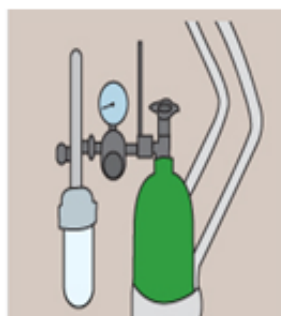
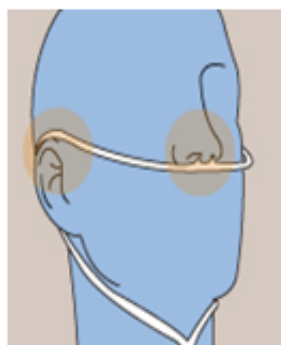
- ✓ Guarde a caneta de insulina no local indicado geladeira apenas quando lacrada;
- ✓ Após o primeiro uso guarde-a com a tampa em temperatura ambiente;



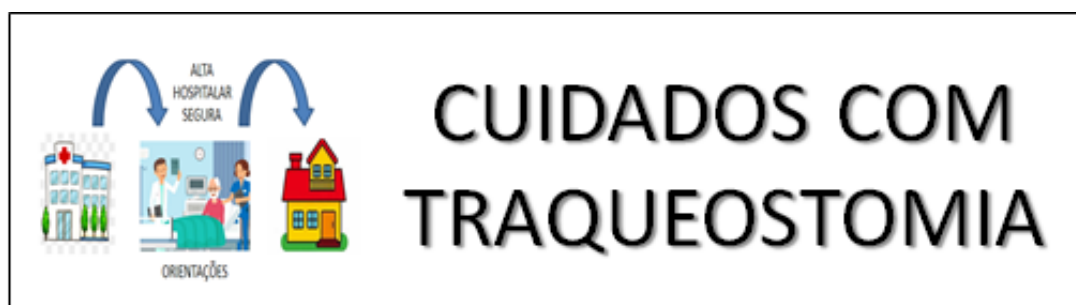
- ✓ Aplique a dose prescrita no horário correto;
- ✓ A caneta de insulina **REGULAR/PONTA AMARELA** é uma solução clara de aspecto límpido e transparente;
- ✓ Já a **NPH/PONTA VERDE** é uma solução de aspecto leitoso (esbranquiçada) e turva;



- ✓ Faça o rodízio nos locais indicados para a aplicação e prega da pele para aplicação no local correto;
- ✓ Realize e anote o controle das glicemias;



- ✓ Lembre-se que o oxigênio é um gás altamente inflamável;
- ✓ Mantenha os equipamentos distantes de chamas como cigarros e isqueiros e afastados de fogões, micro-ondas, velas..
- ✓ Atenção para não lesionar as narinas ou atrás das orelhas, use de protetores nas orelhas ou creme à base de água em caso de irritação da pele;
- ✓ Nunca faça uso de lubrificantes oleosos, cremes comuns ou pomadas, pois essas substâncias oferecem perigo de combustão com o oxigênio;
- ✓ Conferir a quantidade do fluxo de O₂ com a prescrição médica;
- ✓ Solicitar a manutenção dos equipamentos, na presença de falhas, para a equipe técnica responsável pelo fornecimento;
- ✓ Nunca altere por conta própria a dosagem de oxigênio a ser utilizada sem a orientação médica.



- ✓ Utilize uma gaze ou curativo para traqueostomia para proteger a pele ao redor da abertura;

CÂNULA INTERNA



- ✓ Cânula interna: retire frequentemente para limpeza (4 vezes ao dia), recoloque dentro da cânula externa e trave;
- ✓ Lavar com água corrente limpa e sabão, pode-se utilizar escovinhas ou deixar de molho se necessário para limpeza

ATENÇÃO: o paciente deve estar sentado ou com a cabeceira elevada durante a limpeza.

CÂNULA EXTERNA



- ✓ Cânula externa: Possui uma placa com aberturas nas laterais para do cadarço para fixação da cânula;
- ✓ Troque o cadarço sempre que observar alguma suidade;

⚠ CUIDADOS IMPORTANTES ⚠

- ✓ Nunca deixe secreção acumulada ao redor e dentro da cânula;
- ✓ No banho mantenha a água longe da abertura da traqueostomia;
- ✓ Se indicado pelo seu médico, realize nebulização quando houver acúmulo de secreção e após higienize a cânula;
- ✓ Caso a traqueostomia saia do lugar acidentalmente, ou se sentir dificuldade para respirar, procure uma emergência.



- ✓ É frequente em pessoas idosas;
- ✓ Os idosos podem apresentar infecção urinária sem ter febre ou sintomas urinários;
- ✓ **ATENÇÃO:** A infecção se manifesta de uma forma muito inespecífica, por exemplo, com sonolência, confusão mental, alteração de comportamento, diminuição do apetite.



COMO PREVENIR

- ✓ Não segurar a urina, procure ir ao banheiro sempre que tiver vontade e esvazie completamente a bexiga;
- ✓ Urinar e realizar higiene após as relações sexuais;
- ✓ Evitar usar roupa íntima apertada e de tecido sintético;
- ✓ Evitar ficar com roupa íntima úmida ou molhada;
- ✓ Fazer troca de absorventes higiênicos e fraldas com frequência;
- ✓ Beber bastante líquido (caso não tenha contraindicação);
- ✓ Realize a higiene íntima corretamente.

COMO SE LIMPAR CORRETAMENTE



CORRETO:
DE FRENTE
PARA TRÁS



ERRADO:
DE TRÁS PARA
FRENTE

Mulheres idosas e pessoas com incontinência urinária são mais propensas a desenvolver infecção do trato urinário.



- ✓ Dor forte e não habitual;
- ✓ Alterações de comportamento súbitas.



- ✓ Sonolência contínua não habitual associada a diminuição das atividades;
- ✓ Delírios, confusão (caso não apresente quadro prévio).



- ✓ Febre, pressão elevada fora do habitual, respiração com dificuldade, ausência de urina.



- ✓ Inapetência; pouca ou nenhuma aceitação da alimentação, choro frequente, falas de auto destruição.

Não deixe os sinais de alarme se acentuarem, procure ajuda!