

Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa

Care transition of older adults from hospital to home

Transición del cuidado de adultos mayores del hospital a su casa

Marina Tomazela¹  <https://orcid.org/0000-0001-8416-2901>Silvia Helena Valente¹  <https://orcid.org/0000-0002-3593-9590>Maria Alice Dias da Silva Lima¹  <https://orcid.org/0000-0002-3490-7335>Alexandre Fávero Bulgarelli¹  <https://orcid.org/0000-0002-7110-251X>Luciana Aparecida Fabriz¹  <https://orcid.org/0000-0001-7633-0127>Fabiana Costa Machado Zacharias¹  <https://orcid.org/0000-0003-1150-6114>Ione Carvalho Pinto¹  <https://orcid.org/0000-0001-7541-5591>

Como citar:

Tomazela M, Valente SH, Lima MA, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FC, et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE00291.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A000291>



Descritores

Cuidado de transição; Transição para assistência do adulto; Idoso; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente

Keywords

Transitional care; Transition to adult care; Aged; Patient discharge; Continuity of patient care

Descriptores

Cuidado de transición; Transición a la atención de adultos; Anciano; Alta del paciente; Continuidad de la atención al paciente

Submetido

11 de Fevereiro de 2022

Aceito

14 de Julho de 2022

Autor correspondente

Ione Carvalho Pinto
E-mail: ionecarv@eerp.usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Ana Lucia de Moraes Horta
(<https://orcid.org/0000-0001-5643-3321>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade da Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa.

Métodos: Estudo observacional transversal, realizado com 156 idosos, após internação em hospital público, localizado no município de Piracicaba, estado de São Paulo. Os dados foram coletados em prontuário eletrônico do paciente e por ligações telefônicas com idosos, seus familiares e/ou cuidadores, até quatro semanas após alta hospitalar. Foram utilizados questionário com dados sociodemográficos e instrumento *Care Transitions Measure*, versão validada para o Brasil.

Resultados: A duração média da última internação foi de 8,27 dias causada, majoritariamente (72,44 %) por COVID-19 e 75% dos idosos apresentaram entre 1 e 3 comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica (57,7%) a mais frequente. A média de escore do CTM 15 - Brasil foi 68,6. O Fator 1 – Preparação para o autogerenciamento obteve o maior escore (70,5) e o Fator 4 – Plano de Cuidados, o menor (59,14). Houve correlação positiva entre os 4 fatores do *Care Transitions Measure*, também entre estes fatores e do número de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos, de acordo com a Classificação Anômica Terapêutica Química.

Conclusão: Evidenciou-se a qualidade da Transição do Cuidado no hospital, próxima do valor considerado satisfatório, sendo dois dos quatro fatores com pontuação maior que 70; entretanto há necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta do hospital para casa, principalmente, no que se refere a preferências asseguradas e plano de cuidado dos idosos.

Abstract

Objective: To analyze the quality of care transition of older adults who were discharged from hospital to home.

Methods: This is a cross-sectional observational study, conducted with 156 older adults after public hospital admission, located in the municipality of Piracicaba, state of São Paulo. Data were collected in patients' electronic medical records and by telephone calls with older adults, their relatives and/or caregivers, up to four weeks after hospital discharge. We used a questionnaire with sociodemographic data and the Care Transitions Measure, version validated for Brazil.

Results: The mean duration of the last hospitalization was 8.27 days, mostly caused (72.44%) by COVID-19 and 75% of older adults had between 1 and 3 comorbidities, with hypertension (57.7%) being the most frequent. The mean CTM-15 score was 68.6. Factor 1, Management preparation, obtained the highest score (70.5), and Factor 4, Care plan, the lowest (59.14). There was a positive correlation between the 4 factors of Care Transitions Measure, also among these factors is the number of drugs used to treat older adults, according to the Anatomical Chemical Therapeutic Classification.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: We evidenced the quality of the transition of care in the hospital close to the value considered satisfactory, with two of the four factors with a score greater than 70; however, there is a need to adopt strategies to improve the discharge process from hospital to home, especially with regard to preferences imported and care plan for older adults.

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de la transición del cuidado de adultos mayores que recibieron alta del hospital a su casa.

Métodos: Estudio observacional transversal, realizado con 156 adultos mayores, después de estar internados en un hospital público ubicado en el municipio de Piracicaba, estado de São Paulo. Los datos fueron recopilados de la historia clínica del paciente y mediante llamados telefónicos a los adultos mayores, sus familiares o cuidadores, hasta cuatro semanas después del alta hospitalaria. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos y el instrumento *Care Transitions Measure*, versión validada para Brasil.

Resultados: La duración promedio de la última internación fue de 8,27 días, causada principalmente por COVID-19 (72,44 %) y el 75 % de los adultos mayores presentó entre una y tres comorbilidades, con hipertensión arterial sistémica como la más frecuente (57,7 %). El promedio de puntuación del CTM 15 - Brasil fue de 68,6. El Factor 1: Preparación para la autogestión obtuvo la mayor puntuación (70,5) y el Factor 4: Plan de cuidados, el menor (59,14). Se observó correlación positiva entre los cuatro factores del *Care Transitions Measure*, también entre estos factores del y número de medicamentos utilizados para el tratamiento de los adultos mayores, de acuerdo con la Clasificación Anatómica Terapéutica Química.

Conclusión: Se evidenció la calidad de la transición del cuidado en el hospital, cercana al valor considerado satisfactorio, donde dos de los cuatro factores obtuvieron puntuación superior a 70. Sin embargo, existe la necesidad de adoptar estrategias para mejorar el proceso del alta del hospital a la casa, principalmente respecto a las preferencias aseguradas y al plan de cuidado de los adultos mayores.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fato que ocorre em escala global, com aumento da expectativa de vida, resultando em significativo crescimento do número de idosos.⁽¹⁾ Em 2050, espera-se que a população mundial com 60 anos ou mais chegue a 2 bilhões.⁽²⁾

O Brasil acompanha tendência mundial, mas o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida, apresentando percentuais bem acima dos globais. O número de brasileiros de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100.⁽¹⁾

Com uma estrutura etária envelhecida, o grande desafio será proporcionar qualidade de vida aos anos adicionais vividos pelas pessoas. Assim, as políticas públicas deverão incentivar a promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando que com o envelhecimento, em paralelo, doenças próprias dessa faixa etária ganham maior expressão.⁽³⁾

Além das doenças crônicas que são mais prevalentes no envelhecimento, soma-se em 2020 a Pandemia de COVID-19 que atingiu de forma expressiva os idosos, acarretando grande ônus para a saúde dessa população, em especial aqueles com comorbidades.^(4,5)

Ao analisar a fragilidade dos serviços prestados aos idosos na Redes de Atenção à Saúde (RAS), observa-se: descontinuidade do cuidado, ausência

de referência e contrarreferência, onerosas internações hospitalares e constantes visitas ao pronto atendimento.⁽⁶⁾

Entender o contexto das hospitalizações de idosos através do gerenciamento clínico, planejamento de alta e provisão de recursos na residência, pode evitar readmissões hospitalares, as quais geram ônus ao sistema de saúde e desconforto para o paciente e seus familiares.⁽⁶⁾

Observa-se que o tema da Transição do Cuidado (TC) pode contribuir e complementar essa discussão, uma vez que nas últimas décadas 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.^(6,7)

A TC pode ser definida como intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. Composta por um plano de cuidados interdisciplinar, é desenvolvida em um contexto de diversos relacionamentos, incluindo paciente e cuidadores, profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência. Abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social, gerenciamento dos sintomas pós-alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais.^(6,7)

Diante do exposto, a TC de idosos do hospital para casa mostra-se relevante e necessita de in-

tensa atenção, durante e após o período hospitalar, pois idosos podem possuir perdas funcionais e estão mais vulneráveis aos riscos que podem afetar sua saúde.^(7,8)

Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar a qualidade da Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa, sob os seguintes aspectos: transferência de informação; preparação do paciente, familiar e/ou cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências.

Métodos

Estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em hospital público, de médio porte, referência para 26 municípios, no interior paulista, Brasil.

Participaram da pesquisa 156 idosos, com 60 anos ou mais, que receberam alta hospitalar das unidades de internação de Clínica Médica, Cirúrgica, e Unidade Semi-Intensiva. O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Simples. Foram incluídos idosos que permaneceram internados por, pelo menos 24 horas, período mínimo que caracteriza uma internação hospitalar. Excluíram-se idosos transferidos para outro hospital ou que foram a óbito. Caso o idoso não tivesse condições para responder as questões, o instrumento foi aplicado para familiares e/ou cuidadores que acompanharam a internação e a alta hospitalar.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2020 e para identificar o perfil sociodemográfico (sexo, idade, município de residência, estado civil, escolaridade) e características clínicas dos idosos (diagnóstico de alta – CID 10), foi realizada avaliação no prontuário eletrônico dos relatórios semanais de alta. Os dados foram transcritos para uma ficha e posteriormente transpostos para planilha no programa *Microsoft Office Excel* 2016, com dupla digitação independente e, em seguida, realizou-se estatística descritiva simples.

De forma sequencial, foi aplicada a versão adaptada para o contexto brasileiro do instrumento *Care Transitions Measure* CTM-15 Brasil, composto

por 15 itens, aferidos por escala *Likert*, com cinco opções de respostas. Estes itens são agrupados em quatro domínios: transferência de informação; preparação do paciente, familiar e/ou cuidador; apoio para o autogerenciamento e empoderamento para assegurar preferências.⁽⁹⁾

A aplicação do instrumento foi realizada por telefone, até quatro semanas após a alta do paciente, com duração aproximada de 20 minutos, gravadas com Consentimento Verbal do Participante, obtido após leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e de uma carta de apresentação. Ao final das ligações, os registros foram transferidos para banco de dados.

Para obtenção dos escores das respostas do CTM-15 Brasil, foram respeitadas as instruções dos autores do instrumento, que sugerem que se utilize uma fórmula que transforma as médias obtidas em escores de 0 a 100. Cada item recebeu uma pontuação a partir da resposta do participante, em que as alternativas pontuaram da seguinte forma: “Discordo totalmente” = 1 ponto; “Discordo” = 2 pontos; “Concordo” = 3 pontos e “Concordo totalmente” = 4 pontos. A opção de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” não recebeu pontuação, pois não foi incluída no cálculo do escore final, porém, foi codificada diferencialmente para poder verificar a porcentagem desta resposta nos itens do instrumento. Foi calculada média simples de cada item, bem como média da escala total e por fator do CTM-15 Brasil.⁽⁹⁾

Considera-se que, para a análise dos dados, quanto maior o escore obtido, melhor é a transição do cuidado. Embora não exista um ponto de corte, os autores consideram que um escore igual ou maior a 70 torna a transição do cuidado satisfatória.⁽⁹⁾

Para verificar a relação entre a variável dependente Transição do Cuidado e as variáveis independentes (participante, sexo, idade, município de residência, número de pessoas que moram na casa, estado civil, escolaridade, ocupação, medicamentos utilizados, diagnóstico de alta (CID-10), comorbidades associadas e duração da última internação). As variáveis independentes, como número de pessoas que moram na casa, foi autorreferida nas ligações e as demais foram retiradas do prontuário eletrônico.

No plano analítico, inicialmente realizou-se estatística descritiva simples e posteriormente, análises bivariadas, optou-se pelos testes não paramétricos correlação de Spearman e Kruskal-Wallis. Assumiram-se para os testes as seguintes hipóteses: H0= as variáveis não apresentam relação com CTM-15 Brasil; H1= as variáveis apresentam relação com CTM-15 Brasil.⁽⁹⁾

As variáveis dependentes do estudo foram os Escores Padronizados da Escala de Transição do Cuidado, avaliados de forma global e através dos Fatores 1, 2, 3 e 4. As variáveis independentes utilizadas em todos os modelos foram: Idade; Sexo; Escolaridade; Estado Civil; Município; Pessoas que moram na casa; Ocupação; grupo CID10; Total de Comorbidades; Total de Medicamentos Aparelho Cardiorrespiratório; Total de Medicamentos Aparelho Digestivo e Metabolismo; Total de Medicamentos Aparelho geniturinário e hormônios sexuais; Total de Medicamentos Aparelho Respiratório; Uso de Levotiroxina sódica; Total de Medicamentos para Sangue e órgãos hematopoiéticos; Total de Medicamentos para Sistema Musculoesquelético; Total de Medicamentos para Sistema Nervoso e Total de Medicamentos para Usos Diversos.

Para a realização das análises foi adotado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e o programa R (R Core Team, 2020) versão 4.0.1.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CAAE: 28295020.2.0000.5393), com anuência do Serviço de Saúde, atendendo às diretrizes, aprovadas pela Resolução CNS 466/12.

Resultados

Os participantes foram 156 idosos, com 60 anos ou mais, familiares e/ou cuidadores. Houve predominância de entrevistas com familiares e/ou cuidadores, num total de 138 (88,46%). Entre os idosos, 75 (48,08%) eram homens e 81 (51,92%) mulheres, com média de 74,7 anos, convivendo no âmbito familiar com três pessoas (mediana). Quanto ao estado civil, 66 (42,31%) dos idosos eram casados, ao passo

que 57,69% compunham o grupo: viúvos, solteiros e divorciados. A renda predominante dos idosos eram de benefícios do governo, como aposentadoria e/ou pensão para 132 (84,62%) participantes, observou-se baixo nível de escolaridade, com ensino fundamental incompleto 86 (55,13%) e analfabetos 24 (15,38%). A duração média da última internação foi de 8,27 dias, causada majoritariamente por COVID-19 (72,44 %). Entre os pacientes, 74,4% apresentaram entre 1 e 3 comorbidades. A comorbidade mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica (57,7%). Observou-se que mais de 50% dos idosos não usam qualquer medicamento para todas as Classificações Anatômicas Terapêuticas Química, exceto os idosos com alterações no aparelho cardiovascular. Destes idosos, 96 (62,8%) usam de 1 a 6 tipos de medicamentos. Quanto ao CTM-15 Brasil, o valor médio do escore total identificado nesta pesquisa foi 68,59, sendo o valor mínimo 20 e o máximo 100. Após análise do CTM-15 Brasil, os idosos foram classificados pelo escore geral e por fatores de 1 a 4, conforme tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das médias e desvio padrão do instrumento CTM-15 Brasil e por fatores, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa

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

*Variáveis expressas como média ± desvio padrão

A tabela 2 apresenta a média e o desvio padrão obtidos para cada item do instrumento.

Quanto à frequência de opções de resposta por item do CTM-15 Brasil (Tabela 3), para todas as perguntas obteve-se mais de 60% de concordância, exceto a pergunta 12.

A tabela 4 apresenta a correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 Brasil e as variáveis contínuas do estudo. Houve correlação entre os 4 fatores do CTM-15 Brasil e número de medicamentos utilizados para tratamento dos idosos de acordo com a Classificação Anatômica Terapêutica Química. Nas correlações entre os fatores observou-se que todas são positivas e o aumento da pontuação de um fator faz com que o outro aumente.

Tabela 2. Distribuição das médias e desvio padrão por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa

Item número	Fator	CTM-15 Brasil	Média ± desvio padrão
14	2	Entende como tomar cada um dos medicamentos, inclusive a quantidade e os horários?	73,93 ± 16,20
13	2	Entende o motivo de tomar cada um dos seus medicamentos?	73,29 ± 17,11
5	1	Entende como cuidar da saúde?	72,65 ± 16,71
4	1	Teve todas as informações que precisava para que pudesse cuidar de si mesmo?	71,58 ± 17,27
11	1	Sente-se seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da saúde?	71,58 ± 16,85
9	1	Compreende bem o que era de sua responsabilidade para cuidar da sua saúde?	70,73 ± 16,22
10	1	Sente-se seguro de que sabe o que fazer para cuidar da sua saúde?	70,30 ± 17,17
1	3	Você e a equipe de saúde concordaram sobre os objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados?	69,44 ± 16,05
6	1	Entende os sinais de alerta e os sintomas que deveria observar para monitorar a sua condição de saúde?	68,61 ± 16,72
8	1	Compreende bem sua condição de saúde e como ela pode melhorar ou piorar?	68,16 ± 18,29
3	3	A equipe do hospital considerou as suas preferências e as da sua família ou cuidador, para decidir onde as suas necessidades de saúde seriam atendidas depois que você saísse do hospital?	67,31 ± 17,95
2	3	A equipe do hospital considerou as suas preferências, as da sua família e/ou cuidador para decidir quais seriam suas necessidades de saúde para depois que você saísse do hospital?	66,45 ± 17,61
15	2	Entende os possíveis efeitos colaterais de cada um dos seus medicamentos?	66,23 ± 19,05
7	4	Recebeu um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as suas necessidades de saúde seriam atendidas?	66,01 ± 18,13
12	4	Recebeu uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que você precisava realizar dentro das próximas semanas?	50,80 ± 21,55

Tabela 3. Distribuição da frequência de opções de resposta por item do CTM-15 Brasil, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa

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

Tabela 4. Correlação entre os escores total e por fator do CTM-15 Brasil e as variáveis contínuas do estudo, aplicado entre idosos que receberam alta do hospital para casa

Variáveis*	Transição Total		Fator 1		Fator 2		Fator 3		Fator 4	
	Coef. Corr.	p-value	Coef. Corr.	p-value	Coef. Corr.	p-value	Coef. Corr.	p-value	Coef. Corr.	p-value
Fator 1					0,58	0,01	0,718	0,01	0,529	0,01
Fator 2							0,591	0,01	0,34	0,01
Fator 3									0,55	0,01
Nº de Medicamento para Aparelho cardiovascular	0,180	0,024	0,138	0,087	0,075	0,355	0,247	0,010	0,137	0,090
Nº de Medicamento para Aparelho digestivo e metabolismo	0,118	0,144	0,094	0,242	0,031	0,698	0,080	0,320	0,077	0,344
Nº de Medicamento para Aparelho geniturinário e hormônios sexuais	0,082	0,310	0,072	0,373	0,069	0,390	0,093	0,251	0,058	0,475
Nº de Medicamento para Aparelho respiratório	0,035	0,666	0,004	0,958	0,099	0,217	0,096	0,234	0,005	0,954
Nº de Medicamento para Diversos sistemas	0,091	0,860	0,109	0,177	0,097	0,230	0,011	0,890	0,056	0,489
Nº de Medicamento para Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	0,000	0,998	-0,119	0,138	0,040	0,620	0,022	0,784	-0,042	0,606
Nº de Medicamento para Sangue e órgãos hematopoiéticos	0,211	0,010	0,201	0,012	0,092	0,253	0,193	0,016	0,148	0,066
Nº de Medicamento para Sistema musculoesquelético	0,099	0,220	-0,077	0,341	0,208	0,010	0,061	0,448	-0,074	0,358
Nº de Medicamento para Sistema nervoso	0,219	0,010	0,184	0,022	0,187	0,019	0,029	0,724	0,064	0,427
Nº de Comorbidades	0,031	0,699	0,001	0,994	-0,008	0,919	0,041	0,616	0,050	0,538
Idade	-0,007	0,931	-0,035	0,664	0,075	0,352	-0,049	0,545	-0,016	0,843
Nº de pessoas que residem na casa	0,011	0,899	-0,037	0,667	-0,103	0,222	-0,025	0,770	0,074	0,383

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

Discussão

Neste estudo observou-se que a maior parte das internações dos idosos foi devido ao processo infeccioso provocado pela COVID-19 (72,44 %) e a duração das internações chegou a 40 dias. Isso se deve ao fato dos idosos representarem um grupo de pacientes de alto risco para o desenvolvimento da COVID-19, com deterioração clínica rápida e progressiva. Em indivíduos mais idosos, a imunossenescência e os distúrbios comórbidos têm maior probabilidade de promover uma tempestade de citocinas induzida por vírus, resultando em insuficiência respiratória, com risco de vida e envolvimento multissistêmico.⁽¹⁰⁾

Nesta pesquisa 75% dos idosos apresentaram entre 1 e 3 comorbidades, corroborando com estudo no sul do Brasil que registrou 35,9% dos pacientes idosos possuíam mais de uma comorbidade⁽¹¹⁾ e outro que identificou 72% de idosos com comorbidades.⁽¹²⁾ Outro estudo australiano encontrou uma frequência de 53,9% de pacientes na área intra-hospitalar.⁽¹³⁾

No Rio Grande do Sul, pesquisadores identificaram que 83,3% dos idosos internados possuíam alguma comorbidade.⁽¹⁴⁾

Na avaliação dos fatores que afetam a TC do hospital para casa, em idosos com DM foi verificado que a multimorbidade dificulta a recuperação domiciliar de idosos.⁽¹⁵⁾

Em relação ao uso de medicamentos, mais de 50% dos participantes não faziam uso de qualquer medicamento, exceto os idosos com alterações no aparelho cardiovascular. Para esses idosos, a administração medicamentosa faz-se necessária para manter sua saúde, o que justifica o uso de 1 a 6 tipos de medicamentos para problemas cardiovasculares.⁽¹⁶⁾

Em estudo realizado sobre os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) em idosos verificou-se que a terapia medicamentosa pode interferir nos resultados de saúde, principalmente, durante a transição do hospital para casa, resultando em re-hospitalizações frequentes.⁽¹⁷⁾ Os PRM podem ser causados devido a erros clínicos, falta de adesão, discrepâncias, polifarmácia e Reação Adversa a Medicamentos, dentre outros.^(18,19) O enfermeiro, durante o planejamento da alta, tem papel fundamental para minimi-

zar os riscos de Eventos Adversos a Medicamentos, podendo fazer orientações ao paciente e familiares, tornando a compreensão de medicamentos mais facilitada e diminuindo a possibilidade de reinternação hospitalar do idoso.⁽²⁰⁾

Conforme os resultados obtidos no presente estudo, a qualidade da TC de idosos, que receberam alta do serviço hospitalar para a residência obteve um escore médio de 68,59 do CTM-15 Brasil. Estes resultados são semelhantes ao estudo com pacientes adultos com DCNT, no Sul do Brasil, o qual registrou escore médio de 69,5, considerado próximo ao satisfatório.⁽⁶⁾ Outro estudo realizado no sul do Brasil, analisou a qualidade da TC associada à readmissão hospitalar, com pacientes de 18 anos ou mais, verificou um escore do CTM-15 (74,7), maior que no presente estudo.⁽²¹⁾ Nos Estados Unidos da América, pesquisa com pacientes idosos também verificou um escore do CTM-15 maior (74,7) com a presença de intervenção do cuidado, se comparado aos pacientes que não tinham uma preparação para a alta (pontuação CTM-15 de 65,3).⁽²²⁾

As fragilidades na TC ocasionam uso desnecessário de serviços de saúde, tanto em emergências como em readmissões hospitalares e, portanto, escores mais elevados do CTM-15 podem diminuir taxas de readmissão.⁽²¹⁾ Esse resultado também foi observado em um estudo que demonstrou a eficácia do Programa de TC na redução das taxas de readmissão hospitalar em 30 e 90 dias, melhorando as transições da qualidade do atendimento e a adesão à medicação, bem como aumento da autoeficácia em doenças crônicas.⁽²³⁾

Os fatores 1 (Preparação para o autogerenciamento) e 2 (Entendimento sobre medicações) foram os que tiveram maior escore, ambos com valores superiores a 70 e o Fator 3 (Preferências asseguradas) e 4 (plano de cuidado) os menores escores, com 67,74 e 59,14, respectivamente. Autores de um estudo, realizado em um hospital geral, público e universitário no Sul do Brasil, também registrou maior pontuação de escore para o fator 1 (78,1), porém valores menores para o fator 2 (69,0).⁽²¹⁾ No mesmo percurso, em outra pesquisa realizada em serviço de emergência de hospital universitário de grande porte no Sul do Brasil, encontraram resulta-

dos diferentes ao deste estudo, com escores menores para o fator 2 (68,3) e 3 (68,4).⁽¹¹⁾

O menor valor de escore encontrado nesta pesquisa foi o fator 4 (Plano de Cuidado), o que evidencia a importância de melhorar a qualidade do plano de cuidado transicional, especialmente, para pessoas idosas com necessidades complexas. É necessário envolver os familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados, para que eles possam participar ativamente nas decisões relacionadas ao desenvolvimento e execução do plano de cuidados, além de fornecer instruções por escrito sobre os cuidados necessários após a alta.^(24,25) No Brasil, a maior parte dos pacientes é excluída da tomada de decisão na prática profissional, no processo de trabalho e na organização do sistema de saúde.⁽⁹⁾

O plano de alta é uma das estratégias utilizadas em diversos serviços de saúde, no âmbito internacional, com objetivo de preparar o paciente e desenvolver ações de educação em saúde, para o autocuidado no domicílio, principalmente, pela equipe de enfermagem.⁽²⁶⁻²⁹⁾ Fornecer apoio transicional antes e/ou depois da alta, pode mitigar as taxas de readmissão hospitalar.⁽³⁰⁾

Os itens do CTM-15 Brasil que tiveram a maior pontuação foram 14, 13 e 05, essa maior pontuação está relacionada ao maior escore encontrado nos fatores 1 e 2, o que demonstra que os participantes deste estudo possuem um melhor entendimento sobre a medicação a ser gerenciada, e sobre os cuidados que precisam ter para manter a saúde, corroborando estudo em que pacientes tinham uma compreensão do que é necessário para cuidar da saúde, após a alta.⁽²¹⁾

Estudo realizado para avaliar a qualidade da TC do hospital para a casa, verificou que 24% dos pacientes tinham conhecimento insuficiente sobre sua saúde e 29% não tinham informações por escrito compreensíveis sobre os planos após a alta.⁽³¹⁾

Foi observada menor pontuação pelos idosos ou responsáveis pela gestão do cuidado em relação às orientações, a respeito das consultas e exames clínicos que deveriam ser feitos nas semanas seguintes após a alta. Apenas 50% dos participantes relataram que receberam uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das medidas que deveriam ser tomadas após a alta hospitalar.

Revisão de Literatura sobre a eficácia das intervenções de TC, para apoiar idosos do hospital para casa verificou que os que se beneficiaram de educação personalizada, com intervenções orientadas a metas que promovam sua capacidade de autocuidado, tiveram resultados mais eficientes de saúde e bem-estar.⁽³²⁾

Neste estudo, registou-se discordância de 51,92% para o item 12 e de 16,67% para o item 15. Resultado semelhante foi observado no sul do Brasil em pesquisa sobre a TC de pacientes com doenças crônicas, que também verificou maiores percentuais de discordância sobre uso de medicamentos e seus efeitos colaterais.⁽¹¹⁾

No referido estudo não foram observadas diferenças, estatisticamente significantes, entre os fatores e escore geral com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. Resultado semelhante foi encontrado na China, em um estudo sobre os efeitos de um programa de transição em pacientes com doença cardíaca coronariana.⁽²³⁾ Estudo brasileiro também não registrou diferença estatisticamente significativa entre o escore do CTM Brasil e as variáveis de sexo, idade, escolaridade e local de residência.⁽¹¹⁾

Quanto aos fatores, houve relação significativa entre as doenças do aparelho cardiovascular e o escore total da TC e o fator 3. As doenças cardiovasculares nos idosos estão entre as relatadas com mais frequência pelos respondentes do instrumento neste estudo. Pacientes com doenças crônicas tendem a ter maior tempo de permanência no hospital.⁽³³⁾ Além disso, estudos apontam que, pessoas com estado de saúde comprometido, podem ter pior qualidade da TC, e podem não ter suas preferências asseguradas,^(34,35) o que explicaria as menores pontuações para o fator 3 e a relação estatisticamente significativa de algumas comorbidades com os escores do instrumento utilizado.

Considera-se que o estudo contribui para reflexões inerentes ao processo de trabalho da enfermagem e equipe multidisciplinar, pois identificou aspectos que necessitam ser melhorados na assistência, no que diz respeito à coordenação, continuidade do cuidado e inclusão de pacientes, familiares e/ou cuidadores no planejamento e tomada de decisões do plano de alta.

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

Conclusão

A aplicação do CTM-15 Brasil demonstrou a transição do hospital para a casa próximo de 70%, o que é considerado satisfatório. Foram constatadas fragilidades no Plano de Cuidado, com menor escore, para o fator 4 do instrumento. Os menores valores do fator 4, que se refere ao Plano de Cuidado, evidenciam a importância de aumentar a qualidade da Transição do Cuidado, com o intuito de envolver os familiares e/ou cuidadores no planejamento dos cuidados. Nesse contexto, a equipe hospitalar e os responsáveis pelo paciente podem participar, ativamente, das decisões relacionadas ao desenvolvimento e execução do Plano de Cuidado, além de fornecer instruções por escrito sobre os cuidados necessários após a alta. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os fatores e escore geral, com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas. Todavia, houve uma relação importante entre as doenças do aparelho cardiovascular e o escore total da Transição do Cuidado e o fator 3. As doenças cardiovasculares estão entre as mais relatadas pelos pacientes neste estudo, e pacientes com doenças crônicas tendem a ter um tempo maior de permanência no hospital, o que explica menores pontuações para o fator 3 e a correlação de algumas comorbidades com os escores do instrumento realizado.

Agradecimentos

A pesquisa recebeu financiamento do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pela concessão da bolsa de Mestrado (processo nº 130224/2019-7) para sua realização.

Colaborações

Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabríz LA, Zacharias FCM e Pinto IC declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Alves JE. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Rev Longevidad*. 2019;1(3):1-5.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2019: highlights. New York: United Nations; 2019 [cited 2022 June 24]. Available from: https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf
- Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1929–36.
- Applegate WB, Ouslander JG. COVID-19 presents high risk to older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(4):681.
- Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of underlying diseases in hospitalized patients with covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e35.
- Schapira M, Outumuro MB, Giber F, Pino C, Mattiussi M, Montero-Odasso 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.
- Coleman EA, Rosenbek SA, Roman SP. Disseminating evidence-based care into practice. *Popul Health Manag*. 2013;16(4):227–34.
- Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1119–25.
- Acosta AM, Lima MA, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LA. Brazilian version of the care transitions measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379–87.
- Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, Boccia M, Aronne L, D'Agnano V, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(8):1599–608.
- Acosta AM, Lima MA, Pinto IC, Weber LA. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do serviço de emergência para o domicílio. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(Spe):e20190155.
- Coutinho LS, Tomasi E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. *Interface (Maynooth)*. 2020;24(Suppl 1):e190578.
- Provencher V, Clemson L, Wales K, Cameron ID, Gitlin LN, Grenier A, et al. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):84.

14. Benetti ER, Beuter M, Rosa PH, Backes C, Jacobi CS, Oliveira FF. Caracterização de pessoas idosas hospitalizadas conforme modelo de sistemas. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e8.
15. LaManna JB, Bushy A, Norris AE, Chase SK. Early and intermediate hospital-to-home transition outcomes of older adults diagnosed with diabetes. *Diabetes Educ*. 2016;42(1):72–86.
16. Gheno J, Linch GH, Paz AP, Weis AH. Morbimortalidade hospitalar de idosos com insuficiência cardíaca conforme as regiões brasileiras. *Rev Enferm UFPE*. 2021;15(1):1–14.
17. Valente SH, Barbosa SM, Ferro D, Fabriz LA, Schönholzer TE, Pinto IC. Problemas relacionados a medicamentos na transição de idosos do hospital para casa. *Rev Bras Enferm*. 2019;72 Suppl 2:345–53.
18. Magalhães MS, Santos FS, Reis AM. Factors associated with the use of potentially inappropriate medication by elderly patients prescribed at hospital discharge. *einstein (Sao Paulo)*. 2019;18:eAO4877.
19. Trompeter JM, McMillan AN, Rager ML, Fox JR. Medication discrepancies during transitions of care: a comparison study. *J Healthc Qual*. 2015;37(6):325–32.
20. Cieto BB, Garbuio DC, Camargo VB, Napoleão AA. Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review. *Rev Min Enferm*. 2014;18(3):752–7.
21. Weber LA, Lima MA, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19(4):e1945.
22. Toles M, Colón-Emeric C, Naylor MD, Asafu-Adjei J, Hanson LC. Connect-home: transitional care of skilled nursing facility patients and their caregivers. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(10):2322–8.
23. Cao XY, Tian L, Chen L, Jiang XL. Effects of a hospital-community partnership transitional program in patients with coronary heart disease in Chengdu, China: a randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*. 2017;14(4):320–31.
24. Mixon AS, Goggins K, Bell SP, Vasilevskis EE, Nwosu S, Schildcrout JS, et al. Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med*. 2016;11(9):603–9.
25. Robelia PM, Kashiwagi DT, Jenkins SM, Newman JS, Sorita A. Information transfer and the hospital discharge summary: national primary care provider perspectives of challenges and opportunities. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(6):758–65.
26. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *J Hosp Med*. 2013;8(2):102–9.
27. Biese K, Lamantia M, Shofer F, McCall B, Roberts E, Stearns SC, et al. A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2014;21(2):188–95.
28. Weber LA, Lima MA, Acosta AM, Maques GQ. Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3):1–10.
29. Graham CL, Ivey SL, Neuhauser L. From hospital to home: assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *Gerontologist*. 2009;49(1):23–33.
30. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2016;14(2):106–73.
31. Lindblom S, Flink M, von Koch L, Ytterberg C. Perceived quality of care transitions between hospital and the home—a cross sectional study. *Int J Integr Care*. 2018;18(Suppl 2):1–2.
32. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Morani C, Morris H, et al. The effectiveness of transition interventions to support older patients from hospital to home: a systematic scoping review. *J Appl Gerontol*. 2021;40(11):1628–36.
33. McLeod J, Stolee P, Walker J, Heckman G. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. *Musculoskeletal Care*. 2014;12(1):13–21.
34. Shadmi E, Zisberg A, Coleman EA. Translation and validation of the care transition measure into hebrew and arabic. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(2):97–102.
35. Cao X, Chen L, Diao Y, Tian L, Liu W, Jiang X. Validity and reliability of the Chinese version of the care transition measure. *PLoS One*. 2015;10(5):e0127403.