

Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem

Transition of elder care from hospital to home: nursing experience

Transición del cuidado de adultos mayores del hospital a la casa: vivencia de enfermería

Silvia Helena Valente¹  <https://orcid.org/0000-0002-3593-9590>

Fabiana Costa Machado Zacharias¹  <https://orcid.org/0000-0003-1150-6114>

Luciana Aparecida Fabriz²  <https://orcid.org/0000-0001-7633-0127>

Tatiele Estefâni Schönholzer³  <https://orcid.org/0000-0002-4294-8807>

Denise Ferro¹  <https://orcid.org/0000-0002-7025-9080>

Marina Tomazela¹  <https://orcid.org/0000-0001-8416-2901>

Sara Maria Barbosa¹  <https://orcid.org/0000-0002-4490-1068>

Ione Carvalho Pinto¹  <https://orcid.org/0000-0001-7541-5591>

Como citar:

Valente SH, Zacharias FC, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: vivência da enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE02687.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A002687>



Descritores

Cuidado transicional; Cuidados de enfermagem; Idoso; Alta hospitalar; Continuidade da assistência ao paciente; Técnicos de enfermagem

Keywords

Transitional care; Nursing care; Aged; Patient discharge; Continuity of patient care; Licensed practical nurses

Descriptores

Cuidado de transición; Atención de enfermería; Anciano; Alta del paciente; Continuidad de la atención al paciente; Enfermeros no diplomados

Submetido

12 de Setembro de 2021

Aceito

11 de Abril de 2022

Autor correspondente

Silvia Helena Valente
E-mail: silviavalente@usp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Edivane Birelo Lopes De Domenico
(<https://orcid.org/0000-0001-7455-1727>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Compreender como ocorre a transição do cuidado do hospital para casa de idosos na vivência de técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de internação clínica.

Métodos: Pesquisa observacional, descritiva, transversal, com abordagem qualitativa, composta por 15 técnicos de enfermagem que prestam assistência direta aos idosos internados em um hospital público, médio porte, no interior do estado de São Paulo. Realizadas quatro Rodas de Conversas Dialógicas, conduzidas por questões fundamentadas nos pilares do *Care Transition Intervention* e os principais componentes do modelo de Transição do Cuidado Ideal, com duração média de 30 minutos. Posteriormente realizada observação participante no local de atuação desses profissionais. Após transcrição das falas, seguiu-se análise temática e sistematização dos dados utilizando-se o Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis*.

Resultados: Os técnicos de enfermagem demonstraram desconhecimento sobre o significado de transição do cuidado, contudo na prática vivenciam aspectos importantes que permeiam o seu conceito, como continuidade do cuidado, planejamento de alta e reconciliação medicamentosa. O fortalecimento da comunicação com os serviços da rede de atenção à saúde, a importância da família e educação em saúde foram eixos nas discussões referentes às transições de idosos do hospital para casa junto com estes profissionais.

Conclusão: Os profissionais apontaram para potencialidades no desenvolvimento de transições seguras na sua prática assistencial, consonantes com os pilares do *Care Transition Intervention* e componentes do modelo de Transição do Cuidado Ideal, desde que alinhadas a diretrizes assistenciais da instituição.

Abstract

Objective: To understand how the transition of care from hospital to home of older adults occurs in the experience of nursing technicians who work in a clinical inpatient unit.

Methods: This is an observational, descriptive, cross-sectional research, with a qualitative approach, composed of 15 nursing technicians who provide direct care to older adults hospitalized in a medium-sized public hospital in the countryside of the state of São Paulo. Four Dialogical Conversation Circles were held, guided by questions based on the Care Transition Intervention pillars and the Ideal Care Transition model main components, with an average duration of 30 minutes. Subsequently, participant observation was carried out in the place where these professionals work. After transcription of speeches, thematic analysis and data systematization followed using the Atlas.ti Qualitative Data Analysis.

Results: Nursing technicians showed a lack of knowledge about the meaning of care transition; however, in practice, they experience important aspects that permeate their concept, such as continuity of care, discharge planning and medication reconciliation. The strengthening of communication with the health care network

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

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

³Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí, Ivaiporã, PR, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

services, the importance of family and health education were axes in the discussions regarding the transitions of older adults from hospital to home together with these professionals.

Conclusion: Professionals pointed to potentialities in the development of safe transitions in their care practice, in line with the Care Transition Intervention pillars and Ideal Care Transition model components, as long as they are aligned with the institution's care guidelines.

Resumen

Objetivo: Entender cómo ocurre la transición del cuidado del hospital a la casa de adultos mayores en la vivencia de técnicos de enfermería que actúan en una unidad de internación clínica.

Métodos: Investigación de observación, descriptiva, transversal, con enfoque cualitativo, compuesta por 15 técnicos de enfermería que brindan atención directa a adultos mayores internados en un hospital público, de tamaño mediano, en el interior del estado de São Paulo. Se realizaron cuatro Rondas de Conversaciones Dialógicas, conducidas por cuestiones fundamentadas en los pilares del *Care Transition Intervention* y los principales componentes del modelo de Transición del Cuidado Ideal, con una duración promedio de 30 minutos. Posteriormente se realizó la observación del participante en el lugar de actuación de esos profesionales. Después de la transcripción de los relatos, se siguió al análisis temático y a la sistematización de los datos utilizando el Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis*.

Resultados: Los técnicos de enfermería demostraron una falta de conocimiento del significado de transición del cuidado, sin embargo, en la práctica vivencian aspectos importantes que penetran en su concepto, como continuidad del cuidado, planificación del alta y reconciliación medicamentosa. El fortalecimiento de la comunicación con los servicios de la red de atención a la salud, la importancia de la familia y la educación en salud fueron ejes en las discusiones referentes a la transición de adultos mayores del hospital a la casa junto con estos profesionales.

Conclusión: Los profesionales apuntaron las potencialidades en el desarrollo de transiciones seguras en su práctica asistencial, consonantes con los pilares del *Care Transition Intervention* y componentes del modelo de Transición del Cuidado Ideal, siempre y cuando estén alineadas a directivas asistenciales de la institución.

Introdução

A Transição do Cuidado (TC) pode ser definida como o intervalo de tempo que se inicia com a preparação do indivíduo para alta e finaliza quando ele é recebido no próximo serviço. É fundamentada em um plano de cuidados que inclui arranjos logísticos, comunicação entre profissionais, educação em saúde e coordenação do cuidado. Abrange atividades relacionadas com a preparação de alta, acompanhamento dos medicamentos, rede social e comunitária, gerenciamento dos sintomas pós-alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais.^(1,2)

A TC pode ser especialmente importante para idosos com múltiplas condições crônicas e regimes terapêuticos complexos, pois geralmente recebem cuidados em vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se movimentam com frequência em ambientes de assistência à saúde.^(3,4)

Os problemas mais comuns quando há falhas na TC de idosos do hospital para casa são: aumento da mortalidade e morbidade; atrasos no recebimento do tratamento e apoio da comunidade; atendimentos adicionais; exames duplicados ou perdidos e readmissões não planejadas.^(3,5)

A equipe de enfermagem constitui grupo importante para realização de TCs seguras na RAS, pois participam ativamente dos planos terapêuticos estabelecidos para idosos, sejam eles desenvolvidos

em unidades básicas de saúde, centros de especialidade ou hospitalais.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), no Sistema Único de Saúde (SUS), a enfermagem é responsável por 60 a 80% das ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e 90% dos processos de saúde em geral. Os profissionais de nível técnico representam 75% da categoria e ultrapassam a marca de 1.800.000 pessoas. Na sua maioria atuam na linha de frente, permanecendo grande parte do tempo junto com os pacientes. Além disso, participam do planejamento de admissão, internação e realizam em conjunto com os outros profissionais a alta hospitalar.^(6,7)

Nesta perspectiva elaborou-se a seguinte pergunta de investigação: como ocorre a Transição do Cuidado do hospital para casa de idosos na vivência de técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de internação clínica? Dessa forma, o objetivo foi compreender a transição do cuidado na vivência desses profissionais. Espera-se que a pesquisa possa contribuir para reflexões inerentes ao processo assistencial da equipe de enfermagem nas TCs e colaborar com discussões sobre a continuidade do cuidado na RAS.

Métodos

Este estudo foi extraído dos resultados de pesquisa de doutorado, de caráter observacional, descritivo e

transversal, com abordagem qualitativa.⁽⁸⁾ Foi realizado em uma unidade de internação clínica, de um hospital público, de médio porte, referência para 26 municípios, localizado no interior do estado de São Paulo. Essa unidade de internação conta com 42 leitos, dos quais 22 são destinados ao atendimento de pacientes com agravamento de quadros clínicos, tendo como perfil a internação de idosos com doenças crônicas.

Dos 25 Técnicos de Enfermagem (TE) que atuam na unidade de internação clínica, 15 participaram do estudo. O convite para os TEs foi realizado por uma das pesquisadoras, por contato direto, conforme escala de plantão. O critério de inclusão adotado foi atuar na unidade há mais de seis meses.

Para a coleta dos dados foi usada a técnica de Roda de Conversas Dialógicas (RCD), gravada em áudio, com utilização de roteiro semiestruturado, com questões fundamentadas nos pilares do *Care Transition Intervention* (CTI) (preparação para o autogerenciamento; entendimento sobre medicações; preferências asseguradas; plano de cuidado) e os principais componentes do modelo de TC Ideal (plano de alta; comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados; segurança de medicamentos; educação do paciente; promoção da autonomia; apoio social; plano avançado de cuidado; coordenação do cuidado; gerenciamento dos sintomas pós alta; acompanhamento nos serviços ambulatoriais), as quais permitiram aos participantes discorrer sobre o tema proposto de forma reflexiva, articulada com suas vivências na prática assistencial.^(1,2,9) Os participantes, ao iniciarem as RCDs, preencheram um formulário individualizado de caracterização, contendo dados sobre idade, sexo, estado civil e tempo de trabalho no hospital. Durante as RCDs, as pesquisadoras realizaram alinhamentos sobre termos e conceitos desconhecidos para os TEs.

Foram realizadas quatro RCDs em fevereiro de 2021, com a participação dos TEs de todos os turnos de trabalho, com duração média de 30 minutos. As atividades foram conduzidas por uma mediadora e uma relatora, com experiência em coleta de dados qualitativos. Posteriormente às RCDs, foi realizada observação participante em todos os turnos de plan-

tões, com utilização de um roteiro de observação contemplando atividades assistenciais relacionadas a TC, sendo possível identificar convergências do que foi observado com as falas dos TE. Os áudios foram transcritos, preservando a fidelidade da linguagem, gestos e expressões não verbais e identidade dos participantes e as observações foram registradas em diário de campo.

Os dados coletados foram analisados, conforme proposta da análise temática nas suas seis fases: familiarização com os dados; definição de códigos iniciais; pesquisa de temas; revisão de temas; denominação de temas e produção do relatório.⁽⁸⁾

A sistematização dos dados ocorreu com auxílio do Atlas.ti *Qualitative Datas Analysis*, na versão 9.1.5, e, ao final, foi construído quadro analítico no Microsoft Excel 2019, para síntese dos resultados.⁽⁸⁾

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP), Número do Parecer: 4.368.291 e CAAE:36391420.8.0000.5393. Os sujeitos foram identificados com as letras “RC”, referentes à Roda de Conversas, seguidas do turno de trabalho e do numeral gerado na análise de dados pelo Atlas.ti.

Resultados

Dos 25 profissionais ativos no setor, 19 estavam de plantão nas datas definidas para coleta de dados e, desses, 15 aceitaram participar do estudo. A média de idade dos participantes foi de 38 anos, sendo 13 (87%) do sexo feminino e dois (13%) do sexo masculino; cinco (33%) casados, cinco (33%) solteiros, cinco (20%) divorciados e dois (13,3%) em união estável; o tempo médio de trabalho no hospital era de dois anos. Na análise dos dados emergiram cinco categorias temáticas consonantes com os pilares do CTI e componentes do modelo de TC ideal, sendo elas: Significado de TC, Continuidade do Cuidado, Planejamento de Alta, Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e Protocolo de TC, constituídas por 14 subtemas, conforme apresentado na figura 1.

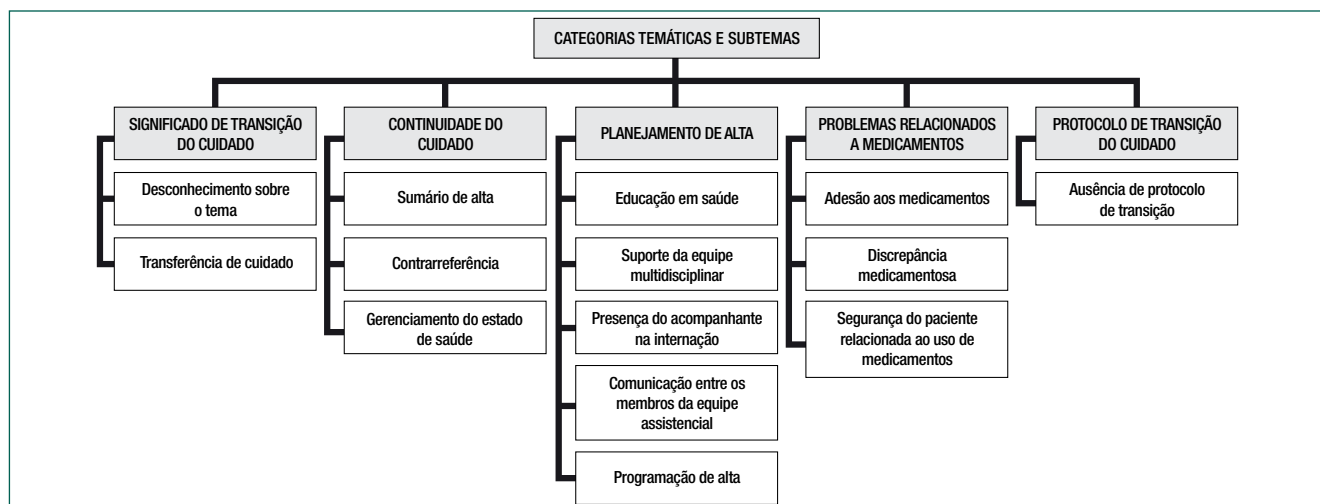


Figura 1. Categorias temáticas e subtemas da transição do cuidado

Significado da transição do cuidado

A primeira pergunta investigativa se referiu ao significado de TC. A maioria dos TEs demonstrou desconhecimento sobre o tema, apenas um profissional relacionou ao conceito de transferência de cuidado.

É a passagem do paciente de uma instituição para outra, de um plantão para outro. É... Manter o cuidado, ou melhorar o cuidado... (RC Noite 1, 3.1).

Continuidade do cuidado

De acordo com o pilar do CTI (preparação para o autogerenciamento) e componentes do modelo de TC (coordenação do cuidado, gerenciamento dos sintomas pós alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais), os TEs apontam para a importância da continuidade do cuidado e a consideram como aspecto relevante na TC, sendo evidenciada nas falas relacionadas à contrarreferência para a APS e ao fornecimento do sumário de alta, padronizada pelo hospital.

Os encaminhamentos para UBS ou então para o Ambulatório. É importante para continuidade do tratamento (RC Manhã, 1:121).

O relatório de alta, duas cópias. [...] Ele assina uma cópia, uma com a gente e a outra fica com ele (RC Tarde, 2:30).

Ainda que considerem a importância da comunicação burocrática entre o hospital com outros

serviços de saúde, avaliam que não há garantia de acesso na RAS.

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

Como a comunicação formal não é efetiva, destacam as fragilidades no gerenciamento do estado da saúde do idoso pós-alta.

[...] Nosso bem e estável, é diferente da visão da família... Teve uma paciente na UTI [Unidade de Terapia Intensiva] que ficou três meses em entubação. Teve alta (Unidade de Internação), foi para casa ... foi orientada que não podia dar água... Foi parar na UPA, broncoaspirou e foi a óbito... (RC Tarde, 2:54).

A falta de habilidade para gerenciar o estado de saúde é evidenciada na observação das readmissões hospitalares, geradoras de custo para o SUS.

Tem paciente que vai embora hoje, dá três dias e ele volta. Nossa, por que foi embora? O gasto com isso... (RC Noite 1, 3:35).

Uma estratégia para melhoria da continuidade do cuidado emergiu da experiência de trabalho em outra instituição, na qual eram utilizados telefones de acompanhamento pós-alta.

A gente não precisa montar essa equipe multidisciplinar que tinha em São Paulo, que acompanhava em casa. Mas em uma ligação se consegue muita informação boa. “Não faz assim: pega ele e leva para uma UBS, para uma UPA para ver como está, qualquer coisa eles transferem para cá”. É um cuidado de prevenção (RC Noite 1, 3:34).

Planejamento de alta

O planejamento de alta foi o tema mais discutido e considerado recurso importante para TCs seguras, assim como, destacado como pilar do CTI (plano de cuidados) e nos componentes do modelo de TC ideal (plano de alta; comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados, educação do paciente, promoção da autonomia, plano avançado de cuidado). Ainda que os relatos apontem para falhas na sua execução, tais como dificuldades na comunicação entre a equipe assistencial e com a família, ausência de programação de alta e lacunas na preparação do idoso para os cuidados domiciliares, há consenso sobre a educação em saúde como estratégia significativa no planejamento de alta.

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

A educação em saúde apresenta-se de forma mais sistemática quando o idoso necessita de cuidados específicos em casa, tais como uso de sonda nasoenteral, sonda vesical de demora, oxigenoterapia, curativos, entre outros.

Ficou entubada por 10 dias na UTI. A família está vindo para se inteirar como vai ser o tratamento, como fazer curativo. Já faz uma semana que eles estão aí (RC Manhã, 1:83).

Nesses casos, os TEs dos plantões diurnos observam que a equipe multidisciplinar participa mais ativamente do planejamento de alta.

Uma alta como essa, todo mundo acompanha (RC Manhã, 1:85).

Os TEs dos plantões noturnos desconhecem as ações realizadas pela equipe multidisciplinar pela ausência de padronização do planejamento de alta no hospital.

Principalmente à noite, a gente não vê (equipe multidisciplinar). De dia pode ser, mas não posso falar porque não estou aqui (RC Noite 2, 4:20).

A presença do acompanhante durante a internação foi apontada como ponto relevante no planejamento de alta. No contexto da pandemia Covid-19, houve a restrição de visitas e acompanhantes no hospital, essa ausência foi sinalizada como fator dificultador na TC, devido aos desafios para pensar nas orientações aos cuidadores.

[...] Antes da pandemia, tinha mais acompanhante, era mais fácil de passar orientação, porque ia passando conforme a internação (RC Tarde, 2:19).

As falhas de comunicação entre os membros da equipe assistencial, relativas à programação de alta, foram apontadas como aspectos negativos no planejamento. O momento da alta é percebido pelo TE, em virtude de sua experiência profissional ao observar a evolução clínica do paciente.

Este planejamento é do médico, se vai dar alta ou não. [...] Essa paciente que estou hoje, não sabia que ia embora. [...] Fiquei sabendo agora, porque peguei o papel na mão (RC Manhã, 1:96).

É que a gente já sabe mais ou menos. Chamou a família? Desligou o cateter, vai coletar uma gasometria... (RC Noite 1, 3:31).

Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM)

O entendimento sobre medicações e a segurança dos medicamentos podem ser considerados eixos estratégicos nas TCs e destaques na base conceitual do estudo. Nesse sentido, as falas apontaram para PRM, tais como Adesão aos Medicamentos (AM), discrepância medicamentosa e segurança dos medicamentos durante as transferências de cuidado.

A AM foi relacionada à dificuldade do idoso em realizar a autogestão do medicamento, resultando nas reinternações.

Tem uns que nem toma medicação. Acha que tomou aqui e não precisa tomar em casa. Volta a internar... Comprou medicação? Não! (RC Manhã, 1:107).

As discrepâncias medicamentosas foram evidenciadas por meio da não conferência dos medicamentos na admissão-internação-alta e no fornecimento da receita médica na alta hospitalar.

A gente entra no quarto: "Viu, mas minha mãezinha toma remédio para Alzheimer". "Mas a senhora falou com o médico?" Aí você pega o remédio, leva na sala de prescrição (RC Tarde, 2:36).

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

Protocolo de TC

A padronização das atividades assistenciais relacionadas às TCs do idoso do hospital para casa foi evidenciada pela ausência de protocolo na instituição.

Protocolo não tem. [...] A gente vai conforme a necessidade do momento (RC Noite 2, 4:10).

Discussão

A discussão sobre TC, em especial de idosos do hospital para casa, ainda é embrionária no Brasil, tanto no que se refere ao desenvolvimento de pesquisas, quanto sobre a existência de políticas públicas específicas.^(10,11) Neste estudo, a maioria dos TEs apresentou desconhecimento sobre o conceito de TC. Estes profissionais compõem a equipe multidisciplinar, participam ativamente do cuidado e do momento da passagem de plantão, interagindo com pacientes e familiares, profissionais de saúde, serviços de apoio e outros grupos, para fins de continuidade do atendimento hospitalar.⁽⁶⁾ Dessa forma,

destaca-se a importância de conhecerem o tema e desenvolverem habilidades para condução TC segura junto com a equipe assistencial.

Apenas um TE discorreu a respeito do significado como transferência de cuidado, compreendida como entrega segura do paciente para outro serviço de saúde. Alguns autores, ao discorrer sobre essa definição, tratam de aspectos importantes a serem considerados durante as transições, tais como comunicação efetiva, trabalho em equipe, cuidado centrado na pessoa e continuidade do cuidado.^(12,13)

A continuidade do cuidado foi apontada como relevante para solucionar problemas enfrentados por idosos pós-alta hospitalar, o que é corroborado por alguns autores, ao definirem a continuidade como fundamental na integralidade da assistência, em especial na relação entre usuário e RAS.^(14,15)

A realização da contrarreferência e o fornecimento do sumário de alta, de forma padronizada, foram considerados como atividades utilizadas pelo hospital para continuidade do cuidado. Conforme alguns estudos, desde que associados a um programa abrangente de comunicação, esses recursos são potentes ferramentas que orientam o acesso do idoso na RAS, por meio da transição de informações.^(16,17)

Ainda que os TEs considerem a importância da comunicação burocrática do hospital para outros serviços de saúde, avaliam que isso não pode ser considerado como garantia de acesso. Essa fragilidade pode estar relacionada às dificuldades do idoso na procura espontânea por serviços de saúde, aos problemas enfrentados pela APS na busca ativa, às falhas de comunicação e deficiências organizacionais da RAS.^(18,19)

À medida que a comunicação entre o hospital e os serviços da RAS foi destacada como ineficiente, os participantes apontaram para fragilidades do idoso no gerenciamento do seu estado de saúde: atributo fundamental para realização de TCs seguras, conforme apontado por pesquisadores da área de conhecimento.⁽¹⁻³⁾

Essa inabilidade para monitorar a situação de saúde foi demonstrada nas observações de readmissões hospitalares não programadas. Uma reinternação pode trazer ônus ao sistema de saúde, desconforto ao idoso e familiares. Nesse sentido, conforme apontado por algumas pesquisas, os programas de TC podem contribuir para o desenvolvimento de competências

nos idosos e familiares para realizarem gestão do estado de saúde após alta hospitalar.⁽²⁰⁻²²⁾

O planejamento de alta foi considerado como um pilar da TC pelos TEs. Tema largamente discutido na área hospitalar e recurso fundamental nos programas de transição, tem como principal objetivo reduzir o tempo de internação, melhorar a coordenação entre serviços pós-alta hospitalar e realizar educação em saúde.^(1,23,24)

Dessa forma, a educação em saúde foi enfatizada pelos TEs, na preparação do idoso para realizar a auto-gestão do estado de saúde no pós-alta e na adaptação da família para a nova realidade de vida. Esse assunto, destacado como pilar da TC, tem forte potencial para desenvolvimento pela equipe de enfermagem, por ser atividade inerente à profissão e atribuição reconhecida por diferentes sistemas de saúde.^(1,25)

Segundo os participantes deste estudo, o planejamento de alta é prejudicado por lacunas do processo assistencial, tais como ausência da família no acompanhamento da internação. Nos programas de TC de alto nível como o TCI, a participação da família no planejamento de alta de forma ativa é considerada como eixo estratégico para a continuação do tratamento do idoso em casa.^(2,26-28) Nesse sentido, a implantação de diretriz assistencial para o envolvimento desses atores na gestão do cuidado pode contribuir com tomadas de decisões nos cuidados pós-alta.

Referente às falhas de comunicação entre os membros da equipe assistencial, identificadas nesta investigação, corroboram estudos em que as falhas contribuem para erros médicos, eventos adversos e diminuição da qualidade dos cuidados. Para esses estudos, para segurança da assistência é crucial o estabelecimento de recursos de comunicação entre os membros da equipe, tais como escuta ativa, confirmação da mensagem transmitida, liderança clara e consciência situacional.⁽²⁹⁻³¹⁾

A adesão aos medicamentos, as discrepâncias medicamentosas e a segurança dos medicamentos foram apontadas como PRM durante as TCs. Autores destacam que os Programas de Reconciliação de Medicamentos podem ser estratégia útil para reduzir esses problemas e a implantação de atividades de conferência de medicamentos, o uso de *checklists* e a educação sobre autogestão de medicamentos poderão potencializar as ações da equipe de enfermagem, favorecendo a segurança dos medicamentos nas TCs.⁽³²⁻³⁴⁾

A falta de padronização das atividades assistenciais foi destacada pela ausência de protocolo de TC na instituição. Esses documentos norteadores da prática podem ser considerados importantes instrumentos para resolução de diferentes problemas na assistência. Nesse sentido, estudo traz as vantagens do uso de protocolos assistenciais que estão relacionados à segurança dos usuários e profissionais envolvidos na assistência, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão, inovação do cuidado, uso racional dos recursos disponíveis e controle dos custos.⁽³⁵⁾

O estudo tem como limitação ter sido realizado apenas com técnicos de enfermagem.

Conclusão

Os TEs são os profissionais que passam o maior tempo nos cuidados diretos ao idoso durante as hospitalizações e vivenciam aspectos importantes que permeiam o conceito ampliado da TC, tais como continuidade do cuidado, planejamento de alta e reconciliação medicamentosa. Neste estudo, evidenciaram-se potencialidades para desenvolvimento da TC, em unidade de internação clínica, integradas às diretrizes assistenciais. O fortalecimento da RAS, da qual o hospital faz parte, pode ser um recurso fundamental para o desenvolvimento de TC de qualidade para idosos pós-alta hospitalar. Considera-se que o estudo contribui para reflexões inerentes ao processo assistencial da equipe de enfermagem na TC do hospital para casa e na RAS, referentes à coordenação, continuidade dos cuidados e educação em saúde no SUS. Novas pesquisas podem ser desenvolvidas com o objetivo de quantificar e qualificar a atuação da enfermagem na TC.

Colaborações

Valente SH, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, Barbosa SM e Pinto IC 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

- 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. Review.
- Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2006;166(17):1822-8.
- Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the transitional care needs of older adults with COVID-19. *J Aging Soc Policy.* 2020;32(4-5):387-95.
- Hunt-O'Connor C, Moore Z, Patton D, Nugent L, Avsar P, O'Connor T. The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag.* 2021;29(8):2697-706.
- Schapiro 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.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Enfermagem em números.* Brasília (DF): COFEN; 2021.
- Silva MC, Machado MH. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25(1):7-13.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in Psychology. *Qualit Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
- Pereira ES, Silva MR. *Rodas de conversas dialógicas: aqui tem a força da palavra.* Curitiba: Brasil Publishing; 2019.180 p.
- Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão de literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20210030.
- Siqueira TH, Vila VS, Weiss ME. Adaptação transcultural do instrumento Readiness For Hospital Discharge Scale – Adult Form. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1046-54.
- Merten H, Galen LS, Wagner C. Safe handover. *BMJ.* 2017;359:j4328. Review.
- Sanjuan-Quiles Á, Hernández-Ramón MD, Juliá-Sanchis R, García-Aracil N, Castejón-de la Encina ME, Perpiñá-Galvañ J. Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments: a qualitative analysis based on experiences of nurses. *J Nurs Care Qual.* 2019;34(2):169-74.
- Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IG, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e4250016.
- Ribas EM, Bernardino E, Larocca LM, Neto PP, Aued GK, Silva CP. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):546-53.
- Andrade LS, Francischetti I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde Transf. Soci.* 2019;10:54-63.
- Ratray NA, Sico JJ, Cox LA, Russ AL, Matthias MS, Frankel RM. Crossing the communication chasm: Challenges and opportunities in transitions of care from the hospital to the primary care clinic. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2017;43(3):127-37.
- Mendes EV. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2018;23(2):431-36.
- Östman M, Bäck-Pettersson S, Sundler AJ, Sandvik A. Nurses' experiences of continuity of care for patients with heart failure: a thematic analysis. *J Clin Nurs.* 2021;30:276–86.
- Acosta AM, Lima MA, Marques GQ, Abreu AP, Sanseverino AX, Oelke N. Intervenções em saúde para a redução da readmissão hospitalar em 30 dias em pacientes clínicos: uma revisão integrativa. *RSD.* 2022;11(2):e2011225273. Review.
- Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:956.
- Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in highrisk older adults. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:956.
- Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Amico AF, Bovenzi FM, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Euro Heart J Suppl.* 2017;19(Suppl D):D244-55.
- Costa MF, Oliveira LS, Santos JL, Lanzoni GM, Cechinel-Peiter C. Hospital discharge planning as a continuity care strategy for primary care. *RSD.* 2020;9(10):e3709108518.
- Souza N, Vilhena A, Santos M, Monteiro N. Planejamento da alta hospitalar para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio: desafios à atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e71602.
- Coleman EA, Roman SP, Hall KA, Min S. Enhancing the care transitions intervention protocol to better address the needs of family caregivers. *J Healthc Qual.* 2015;37(1):2–11.
- Coleman EA, Roman, SP. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. *J Healthc Qual.* 2015;37(1):12-21.
- Rodakowski J, Rocco PB, Ortiz M, Folb B, Schulz R, Morton SC, et al. Caregiver integration during discharge planning of older adults to reduce resource utilization: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(8):1748–55. Review.
- Farias ES, Santos JO, Góis RM. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. *Cien Biol Saude Unit.* 2018;4(3):139.
- Sousa JB, Brandão MJ, Cardoso AL, Archer AR, Belfort IK. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente. *Braz J Health Rev.* 2020;3(3):6467-79.
- Santos TO, Lima MA, Alves VS, Ribeiro MC, Alves RS, Souza MR, et al. Comunicação efetiva da equipe multiprofissional na promoção da segurança do paciente em ambiente hospitalar. *Rev Psicol.* 2021;15(55):159-68.
- 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):361-69.
- Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite IC. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):116-27.
- Mortelmans L, Goossens E, Dilles T. Beliefs about medication after hospital discharge in geriatric patients with polypharmacy. *Geriatr Nurs.* 2022;43:280–7.
- Sakamoto VM, Moraes LC, Blatt CR, Caregnato RC. Validation methods of nursing protocols: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Supl 5):e20200050. Review.