

## O IDOSO APÓS A ALTA HOSPITALAR: VERIFICAÇÃO DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA NO DOMICÍLIO

THE ELDERLY PERSON AFTER BEING DISCHARGED: VERIFYING THE CONTINUATION OF HOME CARE

LA PERSONA MAYOR: VERIFICACION DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA EN DOMICILIO

MARIA JOSÉ SANCHES MARIN\* e EMÍLIA LUIGIA SAPORITI ANGERAMI\*\*

### RESUMO

Seja qual for a proposta para melhoria da qualidade de assistência, faz-se necessária a implementação de formas de avaliação. Em vista disso, o presente estudo se propõe a, após implementar o planejamento de alta a um grupo de 50 idosas hospitalizadas em Unidade de Clínica Médica de Urgência e Emergência, avaliar a continuidade da assistência no domicílio desde o 6º até 8º dia após a alta hospitalar. Na análise dos resultados constata-se que a maioria das idosas e seus cuidadores estavam seguindo corretamente muitos dos cuidados propostos na orientação de alta. Algumas vezes, porém, sentiu-se a necessidade do acompanhamento da evolução do estado de saúde da idosa por profissional, uma vez que essas se apresentavam bastante vulneráveis a alterações e complicações.

**Palavras chaves:** Avaliação, Idoso, Planejamento de alta.

### ABSTRACT

Whatever the proposal might be to improve the quality of assistance, it is vital to implement different evaluation methods. In view of that, the present study proposes to evaluate, after implementing the discharge planning for a group of 50 elderly women hospitalized in the emergency ward, the continuation of home care from the 6th to 8th day after being discharged. The analysis of the results verified that the majority of the elderly woman and caregiver were correctly following many of precautions proposed in the discharge coordination. Sometimes, however, it was found necessary for a professional to accompany the changes in the elderly women's health status, once they are presented themselves very vulnerable to complications.

**Keywords:** Elderly, Discharge plan, Assessment.

### RESUMEN

Sea cual fuera la propuesta por la mejora de la calidad de asistencia, se hace necesario la aplicación de las formas de la evaluación. En vista de eso, el estudio presente se propone, después de llevar a cabo la planificación

\*Enfermeira Docente Assistencial do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília e Doutoranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.

\*\*Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.



de alta de un grupo de 50 personas mayores –hospitalizadas en la Unidad de Clínica Médica de Urgencia y Emergencia–, evaluar la continuidad de la asistencia en la casa desde el 6º a 8º día después del alta hospitalar. En el análisis de los resultados se verificó que la mayoría de las personas mayores y sus cuidadores estaban procediendo correctamente las conductas propuestas en la orientación del alta. A veces, sin embargo, es necesario acompañamiento de la evolución de la condición de salud de la persona mayor por el profesional, una vez que ellos se presentaban bastante vulnerables a las alteraciones y las complicaciones.

**Palabras claves:** Personas mayores, Planificación del alta, Evaluación.

## 1. O IDOSO E A ALTA HOSPITALAR

Tem-se constatado que as pessoas envelhecidas, mesmo as que têm boa saúde, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. Com isso, também se tornam mais suscetíveis a doenças e, sendo a hospitalização decorrente desse estado.

Na hospitalização, por sua vez, resolvem-se apenas os problemas mais agudos e, devido à necessidade de redução dos custos, à grande demanda de leitos hospitalares e aos riscos que a hospitalização pode causar, os pacientes recebem alta e retornam para as famílias e para a comunidade ainda com uma gama de problemas, muitas vezes complexos, necessitando de assistência adequada.

A rotina de alta hospitalar, como feita hoje, revela que a responsabilidade da equipe tende a acabar no momento em que os papéis estão preenchidos e a receita está nas mãos do idoso e/ou família (MARIN, 1995).

Além disso, como no modelo de assistência à saúde atual, o hospital tem-se caracterizado como o principal provedor de assistência, a proposta do SUS que prevê, entre outras coisas, a utilização adequada de recursos, enfrenta dificuldades para se efetivar devido à ineficiência das políticas nos diversos níveis administrativos. Assim, ao idoso e seus familiares resta, como alternativa, agir segundo suas condições e conhecimento e aguardar a ocorrência de uma nova complicação para poder retornar ao hospital.

É na ocasião da alta hospitalar, portanto, que se torna-se mais evidente a necessidade de melhorar a qualidade de vida daqueles que, já numa fase onde as alterações funcionais, psicológicas, sociais e econômicas estão presentes e freqüentes, vivem um momento de grande vulnerabilidade por terem sofrido uma alteração aguda no seu estado de saúde. Inúmeros estudos demonstram ser este um momento de estresse, de preocupação e de tomada de decisões para as quais, muitas vezes, se necessita de preparo adequado, tanto do idoso como da família para que rapidamente se tornem responsáveis e aptos para essa assistência tão complexa.

A literatura comprova a preocupação de vários autores com a alta hospitalar. HADDOCK (1991) e PEARLMAN (1984) têm registrado que muitos pacientes idosos enfrentam sérias dificuldades e apresentam alto potencial para readmissão.

SHAEFER et al. (1990) acreditam que o alto custo da assistência hospitalar faz com que o paciente receba alta precoce, sendo possível que não esteja preparado para a mesma.

PEARLMAN (1984) afirma que a alta hospitalar tem sido considerada como o final triunfante de uma longa seqüência de sofisticada assistência médica e de enfermagem e que ela precisaria ser considerada como o elo de ligação entre os cuidados hospitalares e a vida na comunidade.

BURGIN; SCHUCETZ (1992) consideram a alta do paciente como assunto de grande preocupação atualmente devido ao significativo impacto que o retorno ao lar representa. Acrescentam que esse é o maior



desafio do pessoal hospitalar, que tem assistido um número cada vez mais freqüente de pacientes idosos.

O preparo do paciente para alta hospitalar tem sido considerado como uma maneira de melhorar o estado de saúde e a satisfação do idoso e, conseqüentemente, diminuir o número de reinternações (PEARLMAN, 1984; SCHAEFER et al. 1990; HADDOCK, 1991; BLAYLOCK, CASON, 1992).

Pelo visto, é certo que o planejamento de alta hospitalar contribui para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade à assistência para manutenção ou melhoria do estado de saúde e, assim, enfrentarem os efeitos da doença e alterações sofridas, criando-se possibilidades de torná-los tão independentes quanto suas condições permitirem.

## 2. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Está claro para nós, os profissionais de saúde, que o lidar com pacientes idosos hospitalizados visa colocá-los em melhores condições de saúde, através do atendimento de suas necessidades básicas afetadas e assim proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Nossa prática profissional, no entanto, revela que a assistência, como está organizada, tem deixado uma lacuna importante a ser preenchida, comprometendo sua qualidade.

Ao referir-se à qualidade da assistência prestada ao paciente, constata-se que essa qualidade tem assumido diversos significados, dependendo do contexto compreendido. É consenso, porém que, ao desejar incrementar sua melhoria, o ponto crucial seja a "avaliação".

Segundo SANTOS (1986), qualidade do cuidado significa a melhor forma para atender às condições do paciente, levando-se em conta os objetivos, as estratégias e os recursos disponíveis. Entende ainda, que a qualidade do cuidado de enfermagem é avaliada

pela forma de cuidado prestado ao paciente, análise de suas necessidades, ensino e orientações que recebe, além do conteúdo das informações sobre o estado e evolução do paciente, resultados alcançados em novos métodos e técnicas específicas de enfermagem, pesquisa e produção literária de seus profissionais.

Ao referir-se à avaliação da assistência em saúde, parece existirem dificuldades na decisão dos itens a serem avaliados.

Alguns autores, como GÓMEZ GÓMEZ (1989), SILVA (1993), CLOSS & TIERNEY (1993), apontam o quadro conceitual estabelecido por DONABEDIAN (1986) como o mais utilizado para avaliação dos serviços de saúde. O autor citado propõe estratégias direcionadas à mensuração do alcance dos padrões estabelecidos para as áreas de estrutura, processo e resultado, assim entendidas: *estrutura*, avalia o ambiente no qual se desenvolve a assistência e os instrumentos utilizados, referindo-se portanto às características mais estáveis e invariantes de como se estabelece a direção da atenção à saúde (pessoal, instalações e equipamentos); *processo*, avalia a dinâmica de assistência ao paciente, ou seja, o que fazem os profissionais da saúde do ponto de vista técnico na condução da atenção e enquanto sua intenção com os pacientes; *resultado*, exame do resultado da atenção ao paciente, entendidos como as conseqüências da atenção (ou a falta dela) na saúde de quem a recebe.

O autor considera a avaliação de estrutura como um instrumento capaz de orientar apenas grandes tendências, no sentido de que uma boa estrutura poderia sugerir a probabilidade, mas não a garantia, de um desempenho de qualidade nas áreas de processo e resultados. Salienta que, embora a avaliação de resultados possa ser mais motivadora por delinear um perfil final, a prestação de serviços de saúde é constituída, essencialmente, pelo processo que busca a melhoria do desempenho em suas instituições.

Indicadores largamente utilizados na avaliação da assistência à saúde têm sido as taxas de morbidade, mortalidade e readmissão.



Quando se referem ao paciente idoso, porém, alguns autores reconhecem que essas taxas podem ser altas entre as pessoas idosas, independentemente do tratamento hospitalar, por elas pertencerem a um grupo frágil, dependente, com múltiplas doenças e alto potencial para alterações no estado de saúde.

Além disso, NAYLOR (1990) aponta muitas variáveis importantes nos resultados pós alta hospitalar do idoso: estado de saúde debilitado, incapacidade de manter a responsabilidade pela sua própria saúde devido a déficit funcional, mental e emocional, maiores dificuldades no uso de recursos da comunidade, percepção que o idoso tem do seu próprio estado de saúde, a presença da família e outros suportes sociais de assistência.

Para PATTERSON (1993), avaliar a qualidade significa coletar dados de inúmeras maneiras. Acrescenta ainda que não existe uma forma organizada de indicadores específicos para monitorizar todo o sistema.

Ao determinar o que deve ser avaliado é preciso, então, eleger os indicadores significativos que possibilitem mudanças no processo, caso contrário não se justifica a avaliação.

### 3. A DELIMITAÇÃO DO OBJETIVO

Considerando, então, a importância atribuída ao planejamento de alta para a assistência ao idoso e a necessidade de avaliar as ações implementadas com o propósito de melhorar a qualidade das mesmas, o presente estudo se propõe a, após implementar um programa de planejamento de alta a idosas hospitalizadas, avaliar a continuidade da assistência no domicílio, por um período de 6 a 8 dias após a alta.

### 4. A TRAJETÓRIA DO ESTUDO

#### Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada na unidade de Clínica Médica e Cirúrgica Feminina

(ala D) do Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília, interior do estado de São Paulo-Brasil, local de atuação da pesquisadora há alguns anos.

O Hospital das Clínicas I conta atualmente com 148 leitos de internação, distribuídos entre as subunidades de pediatria, berçário, UTI, MI, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica, geral e especializada. Do total de leitos, 86 são destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos, no atendimento geral e especializado e encontram-se distribuídos nas subunidades A,B,C,e D, as quais se caracterizam pelo atendimento de grande quantidade de idosos.

A referida unidade conta atualmente com 16 leitos, destinados ao atendimento de idosas com alterações clínicas e cirúrgicas de urgência e emergência, provenientes, portanto, do pronto socorro.

#### População do estudo

O estudo contou com a participação de 50 idosas que residiam em Marília e se encontravam internadas, no período de abril a junho de 1998 e de seus respectivos cuidadores.

Os cuidadores participaram do estudo sempre que a idosa apresentava algum grau de dependência. Apenas 8 idosas, entre as estudadas, tinham condições de assumir toda a responsabilidade pelo próprio cuidado.

#### A implementação do planejamento de alta às idosas hospitalizadas

Ao implementar o planejamento de alta, de forma a garantir a qualidade da assistência, foi necessária, inicialmente, a reorganização da estrutura da unidade de internação onde o estudo se realizou, considerando-se a disponibilidade de recursos humanos, materiais e área física disponíveis na instituição. Tal reorganização constituiu-se em:

1. Elaboração de protocolos e manuais de orientação para as alterações mais comuns que acometem o idoso hospitalizado (cuida-



dos com a pele do paciente idoso, cuidados com o idoso que sente dor, cuidados com o idoso demenciado, prevenção de quedas, atividade física do idoso, cuidados com o acamado, cuidados com diabetes e cuidados com a hipertensão arterial).

2. Treinamento do pessoal que presta assistência de enfermagem quanto as alterações do processo de envelhecimento, importância do planejamento de alta, utilização dos protocolos de atendimento e manuais de orientação dos pacientes e cuidadores.

3. Promoção do envolvimento da equipe multiprofissional, através de discussões sobre a finalidade do trabalho a ser desenvolvido com nutricionista, fisioterapeuta e assistente social que atuam na unidade de internação. Quanto à equipe médica, por ser numerosa e com profissionais de diferentes especialidades, forneciam-se informações aos elementos durante as visitas diárias.

4. Criação de instrumentos de registro das informações colhidas e das atividades desenvolvidas.

Elaborou-se, ainda, um instrumento para avaliação do estado de saúde do idoso, de acordo com a teoria das necessidades humanas básicas de MASLOW (1970), em que se identificam os aspectos que, segundo a literatura de geriatria e gerontologia, mais interferem na qualidade de vida dos idosos.

Após a coleta de dados, o método de solução de problemas proposto por WALTER et al. (1976), através de suas fases (identificação de problemas, estabelecimento de metas, condutas e avaliação dos resultados da assistência), guiou a implementação do processo de assistência aos idosos hospitalizados, visando à continuidade da assistência no domicílio.

O processo de assistência, então, teve início desde o momento da internação. A coleta de dados possibilitou a identificação de problemas atuais e potenciais e as condutas foram direcionadas de forma que idoso e, sempre que necessário, o cuidador adquirissem habilidades e conhecimentos para prestar a assistência necessária após a alta hospita-

lar. Na preparação do idoso e do cuidador para a alta hospitalar, foram priorizados aspectos como a dieta, o uso de múltiplos medicamentos, mobilização e atividade física, prevenção de quedas, cuidados especiais com a patologia e alterações funcionais pontos críticos no estado de saúde dos idosos.

## **O instrumento de coleta de dados**

Para avaliar a continuidade da assistência no domicílio, o instrumento de coleta de dados referente à implementação do plano de alta pelo idoso e/ou cuidador no domicílio contém os aspectos considerados críticos na assistência a saber: higiene, participação do cuidador no processo de assistência, estímulo à independência para o autocuidado, movimentação e atividade física, dieta, alterações funcionais e cuidados com a patologia, além de interação social e lazer.

## **O procedimento da coleta de dados**

A implementação do planejamento de alta pelo idoso e cuidador no domicílio foi verificada após seis a oito dias da alta hospitalar. Para efetivação dessa etapa contamos com a participação de alunos monitores de Enfermagem Clínica, do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, os quais receberam treinamento e foram acompanhados pela pesquisadora em algumas visitas. Quando a pesquisadora não acompanhava as visitas, previamente era discutido o caso e apontados os pontos relevantes a serem verificados.

## **Aspectos éticos**

Para efetivar a coleta de dados foi solicitada autorização à comissão de ética da FAMEMA, a qual manifestou-se favorável à mesma.

Antes de iniciar a coleta de dados as idosas e/ou cuidadores foram orientados quanto à finalidade, ao procedimento e informados



de que estariam livres para participar ou não do estudo. Quando houve interesse em participar, solicitou-se a assinatura da pessoa para o termo de consentimento.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados conforme segue.

### Dados de identificação das idosas

Entre as idosas em estudo, treze (26%) pertencentes à faixa etária entre 70 a 74 anos, doze (24%) na faixa etária entre 60 e 64 anos, dez (20%) na faixa etária entre 65 e 69 anos, sendo que apenas quatro (8%) delas tinham 90 anos ou mais.

Quanto ao grau de comunicação, trinta e cinco (70%) das idosas apresentaram-se em boas condições de comunicação verbal, expressando dessa forma seu modo de pensar e sentir, enquanto cinco delas (10%) eram pouco comunicativas, respondendo apenas o que lhes era questionado e manifestavam, ao mesmo tempo, expressão facial triste, mantendo-se isoladas. Ainda cinco (10%) das idosas eram confusas e outras cinco (10%) não apresentavam condições de comunicação verbal, devido à demência senil ou a conseqüências de alterações orgânicas diversas e comuns entre elas.

Para a realização do presente estudo, as informações foram fornecidas por 39 (78%) das idosas, sendo que, em alguns casos, houve necessidade de ajuda dos familiares, enquanto de outras idosas as informações foram fornecidas apenas por familiares. A capacidade de comunicação representa importante indicativo do grau de autonomia no idoso.

Quanto à escolaridade, trinta e uma (62%) das idosas eram analfabetas, dezesseis (32%) tinham o primeiro grau incompleto e apenas três (6%) tinham o primeiro grau completo. Esses índices mostram o grande número de analfabetos existente na população brasileira, principalmente quando se re-

fere às idosas que viveram sua infância em época na qual o ensino não era prioridade e a mulher se encontrava marginalizada em relação à educação, ao trabalho e à política.

Das idosas em estudo, apenas seis (12%) ficaram de 1 a 5 dias internadas; vinte e duas (44%) ficaram um período de 6 a 10 dias e as demais por tempo mais longo, sendo que quatro (8%) delas permaneceram por mais de 30 dias hospitalizadas.

### Dados dos cuidadores

Quanto à faixa etária dos cuidadores, observa-se que dezesseis (32%) situam-se na faixa etária dos 31 ao 40 anos de idade, dez (20%) na faixa dos 41 aos 50 anos e nove (18%) são indivíduos com idade entre 61 e 70 anos, o que demonstra muitos idosos sendo cuidados por outros. Como característica dessa população destaca-se ainda que oito (16%) não necessitam de cuidadores, demonstrando independência para todas as atividades de vida diária.

Dos cuidadores dos idosos, num total de quarenta e dois (100%), dez (23,8%) eram do sexo masculino, a maioria sendo o próprio companheiro. Já 32 (76,2%) eram do sexo feminino, quase sempre a filha; encontrando-se, ainda, idosas que eram cuidadas pela irmã, sobrinha ou nora.

Quanto à escolaridade, treze (31%) tinham o primeiro grau completo; dez (23,8%), o primeiro grau incompleto; três dos cuidadores (7,1%) eram analfabetos, e os demais tinham o segundo grau completo ou o terceiro grau.

### Avaliação do planejamento de alta no domicílio

Num período de seis a oito dias da alta hospitalar, as 50 idosas do estudo receberam visita no domicílio, com a finalidade de verificar a continuidade dos cuidados realizados durante a hospitalização. No domicílio, a equipe era recebida pela própria idosa e/ou cuidador que participaram do processo de



planejamento de alta. Em todos os casos houve boa aceitação tanto das idosas como dos cuidadores.

Durante a visita realizavam-se observações quanto ao ambiente, à forma como a

idososa se apresentava. A idosa e/ou cuidador eram questionados quanto às dificuldades encontradas, ocorrências e respondiam às questões constantes no anexo I, (cujas respostas foram agrupadas e são apresentadas no quadro I).

**Quadro I.** Distribuição das idosas segundo os aspectos avaliados na visita domiciliar quanto à continuidade da assistência no domicílio, Marília, Brasil, 1999.

Aspectos avaliados	Nº	%
O idoso apresenta-se em bom estado de higiene	45	90
O cuidador participa no cuidado do idoso	38	76
A independência para o autocuidado está sendo estimulada	30	60
A movimentação e atividade física é praticada	30	60
A dieta está de acordo com a necessidade	40	80
Estão sendo prestados os cuidados com a patologia e alterações funcionais	44	88
Os medicamentos são oferecidos corretamente	43	86
A prevenção de quedas está sendo realizada	43	86
Há preocupação com a interação social e lazer	40	80
Houve necessidade de orientação quanto à dieta	12	24
Houve necessidade de orientação quanto à atividade física	17	34
Houve necessidade de orientação quanto à patologia	10	20
Houve necessidade de orientação quanto aos riscos de quedas	15	30
Houve necessidade de orientação quanto à medicação	10	20

No quadro I, observa-se que 45 (90%) das idosas encontravam-se em bom estado de higiene. Em relação às demais, as condições socio-econômicas eram precárias, faltando-lhes desde os recursos mínimos necessários para uma sobrevivência digna até atenção dos familiares.

Quanto à participação do cuidador na assistência à idosa, nota-se que 38 (76%) deles estavam participando efetivamente, apoiando a idosa e demonstrando preocupações com suas necessidades básicas, oferecendo-lhe os medicamentos no horário correto, alimentação conforme a indicação, auxiliando-as nos exercícios passivos e ativos, nos cuidados de higiene e alimentação.

Já quatro (8%) dos cuidadores mostraram-se indiferentes às necessidades da idosa, realizando o mínimo necessário ou até mesmo não realizando cuidado algum, havendo cuidadores que alegaram falta de tempo e

outros, a impossibilidade de peso e não haver outra pessoa para ajudá-los. Tivemos também oito (16%) das idosas que não necessitavam de cuidadores devido à sua condição de independência, conseguindo realizar todas as atividades de vida diária sem nenhuma ajuda.

A independência para o autocuidado estava sendo estimulada em 30 (60%) das idosas e 12 (24%) não estavam recebendo estímulo para o autocuidado. As demais eram independentes para o autocuidado e mostravam-se ativas. Das idosas que não estavam recebendo estímulo para o autocuidado, algumas sentiam-se desanimadas e sem condições para isso; outras eram superprotegidas pela família e houve também aquelas que tinham medo de quedas, ficando a maior parte do tempo sentadas ou deitadas.

Para 30 (60%) das idosas, a atividade física era estimulada e realizada de acordo com



suas condições, seja fazendo exercícios passivos no leito, caminhando todas as tardes, aumentando gradativamente o trajeto, ou deambulando com ajuda.

As demais idosas encontravam dificuldade pelo estado de saúde ou por desinteresse. Algumas tinham indicação de repouso, como nos casos de fratura cervical, outras apresentavam dispnéia aos mínimos esforços, havia aquelas que referiam dor e/ou desgaste de articulação e ainda aquelas desinteressadas para a realização dessas atividades. A atividade física representou, durante o estudo, um aspecto bastante valorizado e destacado no plano de ação, por ter relação com a autonomia do idoso.

Após a alta hospitalar, observou-se no domicílio que 40 (80%) estavam seguindo corretamente a dieta conforme suas necessidades, dez (20%) não seguiam a dieta por falta de condição financeira, principalmente quando se tratava de dieta por sonda nasogástrica, ou por resistência ao esquema dietoterápico.

Quanto aos cuidados com a patologia e alterações funcionais apresentadas pelas idosas, 44 (88%) estavam realizando-os de forma adequada, enquanto seis (12%) não o faziam devido a descuidos como deixar o braço com fratura de úmero fora da tipóia, não cuidar da incisão cirúrgica, entre outras.

As medicações prescritas na alta hospitalar foram administradas de forma incorreta a seis idosas (12%) devido a esquecimento, falta de condições financeiras para adquiri-las ou por se acreditar que o medicamento deveria ser tomado um vez ao dia quando a prescrição era para mais de uma vez.

Quanto à prevenção de quedas, 43 (86%) estavam realizando de forma correta, uma vez que haviam retirado tapetes, deixado de encerar o chão, desviaram o trajeto da idosa para locais livre de escada e adotaram o uso de sapato adequado. Apenas sete (14%) não estavam realizando nenhum desses cuidados.

A interação social e lazer da idosa estava acontecendo para quarenta idosas (80%), as quais eram estimuladas a sair e recebiam visitas, enquanto as demais não estavam rea-

lizando tal atividade, seja por desânimo, auto-estima baixa, medo de sair e sentir-se mal, além de falta de estímulo por parte dos cuidadores.

Desta forma, 12 (24%) necessitaram de orientação quanto à dieta, 17 (34%) quanto à atividade física, dez (20%) quanto à patologia, 15 (30%) quanto aos riscos de quedas e dez (20%) quanto à medicação.

Vale lembrar que a assistência às idosas foi realizada de forma individualizada conforme a identificação de problemas durante a hospitalização já demonstrada anteriormente. Observa-se, no entanto, que, após a alta, pacientes e cuidadores apresentaram dúvidas, necessidade de reforço da orientação, especialmente quando surgiram novos problemas que os impediam de seguir corretamente as orientações. Houve também esta resistência tanto do idoso como do cuidador em seguir tais orientações.

Constata-se, ainda, que, ao sair de alta, é lhes marcado um retorno e antes disso tais idosos não têm a quem recorrer, a não ser ao pronto socorro nos casos de emergência. Assim, os problemas e dificuldades são prorrogados até que uma complicação ocorra ou chegue o dia do retorno.

No domicílio, as idosas e seus cuidadores estavam seguindo muitos dos cuidados propostos na orientação de alta, o que, a nosso ver, representa um indicativo de melhoria na sua qualidade de vida, ao consideramos que muitos desses cuidados eram desconhecidos para os mesmos e representam aspectos fundamentais para melhoria das condições de vida.

A visita domiciliar também foi vista por eles como sinal de dedicação, atenção e preocupação com seu bem-estar e assim foi motivo de muitos agradecimentos, o que deixa claro o quanto a população carece de atenção dos profissionais de saúde.

Representa motivo de preocupação, portanto, o número de idosos que, por algum motivo não conseguiram dar continuidade à assistência de forma adequada, comprometendo, assim, o seu estado de saúde e bem-estar.



Tais dados deixam entrever que, em alguns casos, há necessidade de acompanhamento de profissional da saúde que possa esclarecer e direcionar de forma correta as condutas necessárias. Tal necessidade vem sendo confirmada também em outros estudos.

VILLACORTA et al. (1998) ao verificarem a evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de 57 pacientes idosos portadores de insuficiência cardíaca congestiva em unidade de emergência, durante 12 meses, constataram que ocorreram oito (14%) óbitos na fase intra-hospitalar. Dos 49 pacientes restantes, nove (18,4%) faleceram durante o seguimento. Oito (89%) desses óbitos ocorreram durante reinternações. Vinte e cinco pacientes tiveram pelo menos uma reinternação nesse período. Diante dos resultados foram apontados fatores que poderiam estar contribuindo para alta taxa de reinternação e de mortalidade como a própria idade, uma vez que se tratava de indivíduos acima de 65 anos, a não aderência ao tratamento, fatores socioeconômicos, orientação inadequada quanto às medidas higieno-dietéticas e uso de medicamentos de forma inadequada.

Os autores acrescentam que, após instituído um atendimento com abordagem multidisciplinar, observou-se redução na taxa de reinternação, melhora da qualidade de vida, prolongada sobrevida e redução dos custos.

NAYLOR et al. (1999) verificaram que os idosos de alto risco, que apresentavam resultados insatisfatórios após alta hospitalar, foram beneficiados com a realização do planejamento de alta e seguimento pós alta no domicílio. Após 24 semanas da alta hospitalar, enquanto os idosos do grupo controle apresentaram 37% de reinternação, o grupo que sofreu a intervenção (planejamento de alta e seguimento pós alta) teve uma taxa de 20%. Quanto ao custo, após 24 semanas, constatou-se no grupo controle o dobro de gastos comparativamente com o grupo que sofreu intervenção.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A verificação dos resultados da assistência prestada representa um aspecto importante a ser avaliado quando se pretende melhorar a sua qualidade. No entanto, encontram-se dificuldades ao estabelecer os indicadores de resultado, devido aos inúmeros fatores que estão relacionados com a assistência à saúde, acentuando-se a complexidade quando se trata de avaliar a assistência de enfermagem mais especificamente. Qualquer caminho que seja percorrido deixará sempre uma lacuna a ser preenchida.

Considera-se, difícil comprovar se o planejamento de alta afeta o estado de saúde do idoso, uma vez que há necessidade de realizar estudos comparativos com o objetivo de conhecer os resultados entre idosos atendidos com o planejamento de alta e aqueles que não receberam tal atendimento. Indicadores como, por exemplo, reinternação e tempo de internação são importantes na verificação da qualidade por representarem significativa melhoria na vida do idoso e/ou cuidador e economia para o sistema de saúde, o que não pode ser descartado.

Outro aspecto que interfere na avaliação de uma nova proposta é a falta de dados referentes aos resultados da assistência o que serviria de base para comparação. A própria abrangência do significado da qualidade exige a realização de mais estudos envolvendo outros aspectos importantes para sua determinação. Apesar de todas as dificuldades em avaliar a qualidade de assistência, acredita-se na importância de manter o monitoramento com a finalidade de controlar os seus efeitos para assim permitir a reorganização e readequação da estrutura e do processo e, desta forma, obter resultados cada vez mais satisfatórios.

Quanto à avaliação dos serviços de saúde, MALICK; SCHIESARI (1998) afirmam que a possibilidade de comparar os resultados obtidos com indicadores desejados, e até mesmo sua implantação prática, são pontos



recentes em nossa realidade e há, inclusive, casos que não saíram do discurso. Acrescentam que o fundamental, quando se fala em avaliação, é ter claro que ela serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido.

Nesse sentido acreditamos que os resultados apresentados no presente estudo sejam um passo na busca de maior integração entre a equipe de saúde, envolvimento institucional e estímulo à realização de novas pesquisas com a finalidade de evidenciar outros aspectos necessários para melhoria da qualidade da assistência ao idoso.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAYLOCK, A.; CASON, C.L. "Discharge planning predicting patients needs". *J. Gerontol. Nurs., Thorotare*, 18(7): 5-10, 1992.
- BURGIN, A.; SCHUETZ, M.P. "Establishing an alternate level of care unit". *J. Nurs. Adm., Wakefield*, 22 (9): 62-65. 1992.
- CLOSS, S.J.; TIERNEY, A.J. "The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients". *J. Adv. Nurs., Oxford*, 18(8): 1279-1287, 1993.
- DONABEDIAN, A. "Criteria and standards for quality assessment and monitoring". *QRB Qual. Rev. Bull., Darkbrook Terrace*, 12(3): 99-108, 1986.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. "Marco conceptual y consideraciones metodologicas preliminares para el desarrollo de um protocolo de investigacion sobre evaluation de la calidad de la atencion de la salud en un grupo de paises americanos". Washington, OPS/Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, 1989. 56p. (Borrador para discussion).
- HADDOCK, K.S. "Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly". *J. Gerontol. Nurs., Thorofare*, 17(7): 10-14, 1991.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo, USP/FSP, 1998. 227 p. (Série Saúde & Cidadania).
- MARIN, M.J.S. "Levantamento de problemas dos pacientes idosos no momento da alta hospitalar". Ribeirão Preto, 1995. 130p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MASLOW, A.H. *Motivation and personality*. 2.ed. New York, Harper & Row, 1970. 305p.
- NAYLOR, M.D.; BROOTEN, D.; CAMPBELL, R.; JACOBSEN, B.S.; MEZEY, M.D.; PAULY, M.V.; SCHWARTZ, J.S. "Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial". *JAMA, New York*, 281 (7): 613-620, 1999.
- NAYLOR, M.D. "Comprehensive discharge planning for the elderly". *Res. Nurs. Health, New York*, 13(5):327-347, 1990.
- PATTERSON, C.H. "Joint commission nursing care standards: the framework for a comprehensive program to assess and improve quality". *J. Nurs. Care Qual., Frederick*, 7 (2): 1-14, 1993.
- PEARLMAN, I.R. "Discharge planning: the team is behind you!". *Nurs. Manage, Harrow*, 15 (8): 36-38, 1984.
- SANTOS, L.A. "Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos de enfermagem: proposta fundamentada na administração por objetivos". Ribeirão Preto, 1986. 226p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SCHAEFER, A.L.; ANDERSON, J.E.; SIMMS, L.M. "Are they ready? Discharge planning for older surgical patients". *J. Gerontol. Nurs., Thorofore*, 16 (10): 16-19, 1990.
- SILVA, S.H. "Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo". São Paulo, 1993. 243p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.
- VILLACORTA, H.; ROCHA, N.; CARDOSO, R.; GASPAS, S.; MAIA, E. R.; BONATES, T.; KOPILER, D; DOHMANN, H. J.; MESQUITA, E. T. "Evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de pacientes idosos atendidos com insuficiência cardíaca congestiva na unidade de emergência". *Arq. Bras. Cardiol., Rio de Janeiro*, 70 (3): 167-171, 1998.
- WALTER, J.B.; PARDEE, G.P.; MOLBO, D.M. *Dinamics of problem-oriented approaches: patient care and documentation*. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1976.