

Implementação da linha de cuidado à pessoa idosa em hospital escola



Implementation of a line of care for older adults in a teaching hospital

Implementación de una línea de atención a personas mayores en un hospital universitario

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin^a
 Roberta Rigo Dalla Corte^b
 Helena Barreto dos Santos^c
 Bruno Simas da Rocha^c
 Francine Melo da Costa^d
 Simone Augusta Finard^f
 Tiago Oliveira Teixeira^d
 Renato Gorga Bandeira de Mello^b

Como citar este artigo:

Paskulin LMG, Dalla Corte RRD, Santos HB, Rocha BS, Costa FM, Finard SA, et al. Implementação da linha de cuidado à pessoa idosa em hospital escola. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240181. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240181.pt>

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento e implementação da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa por meio de um projeto de melhoria

Métodos: Estudo transversal, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre baseado no modelo de melhoria com ciclos de Planejar-Fazer-Estudar-Agir com resultados do período entre 2019 a 2024 coletados em bancos de dados da instituição. Realizada análise estatística descritiva.

Resultados: A Linha de Cuidado foi implementada nas internações, emergência e ambulatorio, baseada na necessidade de cuidados complexos e considerando as condições mais prevalentes em pessoas idosas. As ações foram relacionadas à saúde mental, à mobilidade, à prescrição de medicações, na perspectiva das pessoas idosas e seus cuidadores, desenvolvidas com base no modelo de melhoria. Destacam-se as atividades de formação de time de campeões, diagnóstico situacional, construção de protocolos multiprofissionais de cuidado à pessoa idosa e de prevenção e tratamento de delirium, monitoramento de processos e novas ações com base nos resultados obtidos.

Conclusão: A Linha de Cuidado segue em implementação por meio de programa baseado em evidências da ciência da melhoria e das melhores práticas com pessoas idosas, permitindo qualificar a prática clínica, o ensino e a gestão do cuidado.

Descritores: Pessoas idosas; Serviços de saúde para idosos; Qualidade da assistência à saúde; Gestão da Qualidade Total.

ABSTRACT

Objective: To outline the design and implementation processes of a Line of Care for older adults at a teaching hospital in Southern Brazil.

Methods: This cross-sectional study was conducted at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre using the improvement model based on Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycles. The results analyzed were collected from the institution's databases for the period between 2019 and 2024. A descriptive statistical analysis was performed on the data.

Results: The Care Line was implemented for hospitalized patients in wards and emergency departments, as well as for outpatients, considering the prevalent conditions in older adults. The actions were related to mental health, mobility, and drugs used, from the perspective of the older patients and their caregivers, developed according to the improvement model. Stand out the formation of a team of champions, situational diagnoses, the construction of multiprofessional protocols for the care of the older adult, and the prevention and treatment of delirium, as well as the monitoring of processes to guide new actions based on the results obtained. Conclusion: The Care Line is being implemented through a program grounded in the science of improvement and practices for older adults' care, enhancing clinical practice, education, and care management.

Descriptors: Aged people; Health services for the aged; Quality of Healthcare; Total Quality Management..

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Seção de Farmácia Clínica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Diretoria de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Programa de Qualidade e Informação em Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^f Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Fisioterapia e Reabilitação. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: Describir el proceso de implementación de la Línea de Atención al Adulto Mayor en un hospital universitario.

Métodos: Estudio transversal, realizado en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre a partir del modelo de mejora con ciclos Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar con presentación de los resultados encontrados en el período comprendido entre 2019 y 2024 recuperados de las bases de datos de la institución. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se implementó la Línea de Atención en internaciones, urgencias y ambulatorios para pacientes mayores hospitalizados, de acuerdo con las condiciones prevalentes en estas personas. Se realizó acciones desarrolladas utilizando el modelo de mejoría, con respecto a la salud mental, la movilidad, y los medicamentos, desde la perspectiva de los adultos mayores y sus cuidadores. Actividades destaque incluyen la formación de un equipo de campeones, el diagnóstico situacional, la construcción de protocolos multiprofesionales de cuidado para la persona mayor, incluyendo la prevención y tratamiento de delirium, para allá del seguimiento de procesos, orientando nuevas acciones en función de los resultados obtenidos.

Conclusión: La Línea de Atención sigue implementándose a través de un programa basado en evidencia de mejoramiento científico y mejores prácticas con personas mayores, permitiendo calificar la práctica clínica, la docencia y la gestión del cuidado.

Descriptores: Anciano; Servicios de salud para ancianos; Gestión continuada de la calidad; Gestión de la Calidad Total.

■ INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica brasileira tem acarretado uma grande mudança na utilização dos serviços e nas demandas para conformação da rede de atenção. As pessoas idosas são o grupo etário que mais utiliza recursos da saúde, principalmente nos seus últimos anos de vida. Nos países em desenvolvimento, são consideradas pessoas idosas os indivíduos com 60 anos ou mais, sendo categorizados como os “mais idosos” aqueles com 75 anos ou mais. No Brasil, pesquisa de 2023 indicou que 3,6% da população tinha 75 anos ou mais, e os dados do Sistema de Informações Hospitalares demonstraram que essas pessoas representaram 10,99% das internações do Sistema Único de Saúde (SUS) entre janeiro e dezembro de 2023^(1,2).

Os números absolutos e relativos de hospitalizações nesta população específica devem aumentar consideravelmente nas próximas duas décadas, considerando a transição epidemiológica que vem ocorrendo, caracterizada por alta prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽³⁾. O agravamento das DCNTs está relacionado diretamente à necessidade crescente de cuidados hospitalares entre pessoas idosas, tanto urgentes como de hospitalizações eletivas⁽⁴⁾. Por tratar-se de grupo etário em que há elevada carga de vulnerabilidades físicas (ex., fragilidade, multimorbidade), sociais e mentais, as complicações clínicas e funcionais associadas ao período de hospitalização são frequentes. Dentre essas condições, destacam-se o delirium (ou estado confusional agudo), a polifarmácia, a fragilidade, a imobilidade, as quedas, as lesões por pressão, o comprometimento nutricional, o detrimento do suporte social, entre outras⁽⁵⁻⁷⁾.

De forma relevante, complicações associadas às hospitalizações são preveníveis, sendo parte significativa delas causada por falhas no processo assistencial como um todo. São cenários de alta complexidade atrelados à presença de riscos concorrentes e vulnerabilidades multissistêmicas que demandam ações integradas e horizontais de múltiplos componentes. Apesar de as referências demonstrando a efetividade de programas multicomponentes para prevenção de eventos adversos em pacientes idosos terem sido publicadas há mais de duas décadas, o planejamento e implementação de cuidado ao idoso em hospitais ainda são exemplificados por intervenções isoladas⁽⁸⁾. Ações integrais são significativas, sobretudo em hospitais escola e gerais, com destaque para as instituições com cuidados de pacientes pelo Sistema Único de Saúde.

Pensando em iniciativas de implementação de melhorias voltadas aos cuidados hospitalares, sobretudo aos mais vulneráveis, políticas institucionais voltadas para o diagnóstico, tratamento e prevenção de diversas condições prevalentes nas pessoas idosas são fundamentais. Deste modo, é possível entregar assistência de qualidade, alinhada aos objetivos terapêuticos com intuito de minimizar complicações de natureza iatrogênica⁽⁹⁾.

Na perspectiva da qualidade e segurança, entende-se que a abordagem à pessoa idosa deve incluir intervenções que preservem sua autonomia, incentivem a mobilidade, monitorem as medicações em uso e suas condições cognitivas, tudo isso em alinhamento às preferências individuais e valores da pessoa idosa em questão^(10,11). A preservação da funcionalidade da pessoa idosa durante a hospitalização não é somente um objetivo terapêutico, mas um importante marcador

prognóstico, superando mesmo aquele das doenças individuais isoladamente. Adicionalmente, escores de fragilidade, vulnerabilidade, funcionalidade e delirium têm sido utilizados como indicadores de qualidade assistencial⁽¹²⁾.

São ainda premissas importantes para a atenção qualificada à pessoa idosa a conscientização dos profissionais de saúde e da equipe de apoio sobre as limitações que o envelhecimento impõe e a identificação de barreiras ambientais e de atitude que dificultam uma assistência segura e de qualidade⁽¹³⁾. Portanto, por tratar-se de cenário de alta complexidade em que existe interação entre vários domínios, incluindo cultura institucional e de estruturas de ambiente construído, projetos de melhoria voltados aos cuidados da pessoa idosa hospitalizada devem ancorar-se em abordagens multidimensionais aplicadas por times interprofissionais, para que se atinjam os resultados esperados⁽¹⁴⁾.

Em 2019, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), em parceria com *The John A. Hartford Foundation*, propôs os Sistemas de Saúde Amigos da Pessoa Idosa. Nesta proposta, adotaram-se 4Ms, a saber, *What Matters, Medication, Mentation, and Mobility*. Os 4Ms seriam indicativos de atenção em cenários complexos de cuidado agudo e de reabilitação. Para que os serviços participem dos Sistemas de Saúde Amigos da Pessoa Idosa, o Instituto agregou aos referenciais assistenciais uma proposta de adoção das mudanças utilizando o “Modelo de Melhoria”. O Modelo de Melhoria estrutura a implementação de mudanças que precisam ser adotadas para uma abordagem eficaz. A abordagem envolve a organização do objetivo da mudança, de seu monitoramento e das ações necessárias para atingi-la. Para isso, são utilizados testes de mudança iterativos, em pequena escala, que promovem uma adoção segura e consistente, e com a participação das equipes envolvidas na execução do novo processo⁽¹⁵⁾.

Visando estruturar a atenção à pessoa idosa, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) incluiu no seu Plano de Negócios e Gestão Estratégica de 2019 o desenvolvimento da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa. Para tal, foi concebido o Programa Institucional de Cuidados à Pessoa Idosa, propondo ações de melhoria, baseados no referencial do IHI, direcionadas à assistência, educação continuada, gestão, ensino e pesquisa.

Desta forma, o objetivo deste manuscrito é descrever o processo de desenvolvimento e implementação da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa por meio de um projeto de melhoria, baseado nas seguintes questões: como implementar uma linha de cuidado direcionada à pessoa idosa que permitisse uma mudança sustentável e que impactos podem ser percebidos com essa implementação. O detalhamento pormenorizado de um projeto multiprofissional e horizontal de grande abrangência tem o intuito de encorajar e viabilizar a replicação deste em outras instituições hospitalares.

■ MÉTODO

Delineamento e contexto

Estudo transversal, com dados referentes ao período de 2019 a 2024, reportado conforme as recomendações da ferramenta *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0)⁽¹⁶⁾. Foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital público e universitário, com 850 leitos de atenção especializada, localizado no Sul do Brasil. Uma das unidades clínicas é referência para o cuidado de pessoas idosas e recebe preferencialmente pacientes que internam para as equipes de geriatria, apesar de que a internação deste grupo etário pode ocorrer em qualquer unidade. A Linha de Cuidado à Pessoa Idosa começou a ser estruturada em 2019 por meio do Programa Institucional de Cuidados ao Paciente Idoso do HCPA, lançado no mesmo ano. A Linha tem por objetivo centrar o cuidado na pessoa idosa e em suas necessidades.

Intervenções

As ações implementadas foram baseadas nos referenciais propostos pelo IHI por meio da iniciativa dos Sistemas de Saúde Amigos da Pessoa Idosa. Esta iniciativa fornece suporte e ferramentas para que serviços de saúde implementem este sistema. Não se trata de um programa, mas de um referencial em que cada instituição desenvolve seu próprio programa, de acordo com a sua realidade, baseada em um pacote de medidas que refletem as melhores práticas⁽¹⁵⁾.

Para implementação dos cuidados às pessoas idosas no contexto hospitalar, o IHI propõe a adoção dos 4Ms e a metodologia do Modelo de Melhoria, utilizando-se ciclos de PDSA para apoiar a adoção das práticas associadas ao pacote de medidas, que consistem em: planejar, fazer, estudar e agir. Na etapa de planejamento, o IHI⁽¹⁵⁾ propõe como ponto de partida um diagnóstico situacional do contexto assistencial na linha de base, identificando as ações institucionais previamente instaladas, planos de cuidados assistenciais e protocolos institucionais que estejam em alinhamento com os 4M e identificando os campeões - profissionais que atuam na instituição e que tenham formação e/ou identificação com a área de geriatria/gerontologia para comporem a equipe do projeto.

Na segunda etapa, *fazer*, é proposto estabelecer as ações em pequena escala, sendo fundamental a implantação dos protocolos assistenciais de forma escalonada e sistematizada, com a definição dos indicadores a serem acompanhados. No HCPA, após a realização do diagnóstico situacional, os profissionais que compuseram a equipe do projeto realizavam reuniões mensais para propor as melhorias e definir como implantá-las em pequena escala, como relatado. Para isso, era escolhido um membro do grupo como responsável e delegado um subgrupo de trabalho para atuar em cada iniciativa. Definia-se um prazo para avaliação da performance de cada ação, junto ao grande grupo. Após a realização dos ajustes necessários, constituía-se a última etapa – agir – ampliando a ação para uma maior escala dentro da instituição. Durante a terceira etapa de estudo, era avaliada a performance das ações e, na última, *agir*, discutia-se quais e como implementar as melhorias. Novas melhorias implementadas no contexto local envolveram a estruturação do manejo de pessoas idosas pela geriatria com especialidades cirúrgicas, o Plano Antecipado de Cuidados e Tratamento, ações direcionadas para os cuidadores, o projeto de voluntariado e estratégias de transição de cuidado. Estas ações serão descritas nos resultados.

Avaliação das Intervenções

A partir do planejamento e primeiras ações, estabeleceu-se o monitoramento da adesão das equipes e sua performance. Os indicadores de processo monitorados a fim de acompanhar as intervenções previstas eram: casos prevalentes e casos incidentes

de delirium, proporção de pacientes com realização da escala *Confusion Assessment Method* (CAM)⁽¹⁷⁾, adesão dos profissionais à realização dos registros conforme protocolo assistencial e proporção de prescrição de drogas potencialmente inapropriadas à pessoa idosa. Também eram monitoradas as capacitações realizadas com os profissionais que ingressaram na instituição. Os dados foram obtidos pela revisão manual dos prontuários eletrônicos, inseridos em formulários, também eletrônicos, que alimentavam um painel para acompanhamento mensal dos resultados. Além da adesão, as análises mensais permitiam ao grupo de trabalho verificar se houve melhorias ou não nos processos implantados, retomar ações, identificar fragilidades e propor novas intervenções.

Instrumentos

O banco de dados de onde foram extraídas as informações sobre os indicadores de processo foi criado a partir de informações clínicas registradas nos prontuários eletrônicos. Dados referentes à produção e indicadores assistenciais foram obtidos do sistema de informações do hospital (proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais, considerando os de 20 anos ou mais e excluindo pacientes obstétricas), como tempo de hospitalização dos pacientes com 60 anos de idade ou mais, proporção de readmissões em 30 dias, em quais especialidades e unidades as pessoas idosas eram admitidas e prescrição de medicamentos. Inquéritos com as pessoas idosas e/ou seus cuidadores e observações de prevalência-ponto para condições específicas também foram realizados antes e durante a implementação do Programa.

As prescrições de medicamentos foram avaliadas com relação à apropriação por meio da prevalência de medicamentos potencialmente inapropriados com a Escala de Risco Anticolinérgico⁽¹⁸⁾. Pacientes com presença de algum medicamento anticolinérgico, bem como risco elevado (3 pontos ou mais) para delirium, foram identificados em inquérito pré-implementação do programa. Medicamentos não recomendados para prescrição em pessoas idosas com delirium⁽¹⁹⁾ também foram identificados (antipsicóticos EV e anti-histamínicos) em inquérito pré-implementação, bem como monitorados periodicamente pelo programa.

A presença de delirium foi avaliada por meio da aplicação da escala CAM⁽¹⁷⁾.

Análise

Foi realizada análise estatística descritiva.

Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA com o número 2024-0160.

■ RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados obtidos na implementação da Linha de Cuidado a Pessoas Idosas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, evidenciando um esforço colaborativo de profissionais de diversas áreas. Os resultados expressam as ações que envolveram o planejamento da linha, as primeiras intervenções e como o grupo foi estudando a *performance* da linha e propondo novas ações.

Para o estabelecimento do Programa, identificaram-se colegas de diferentes núcleos profissionais (administração, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, serviço social) que tivessem interesse na área do envelhecimento e/ou formação na área de geriatria ou gerontologia, e um grupo inicial de campeões com 21 pessoas foi formado.

O diagnóstico do contexto institucional no atendimento das pessoas idosas foi a etapa seguinte. Os pacientes da instituição com 60 anos de idade ou mais foram estratificados em dois grupos: aqueles entre 60 e 74 anos de idade, e aqueles com 75 anos de idade ou mais. Aproximadamente 43% dos adultos hospitalizados na instituição têm 60 anos ou mais e são atendidos nas unidades de Emergência, unidades de hospitalização cirúrgica, clínica e psiquiátrica, além de cuidado intensivo (Tabela 1). A Tabela 1 também apresenta resultados de alguns indicadores monitorados na Linha de Cuidado, demonstrando redução do tempo de permanência hospitalar, redução de rehospitalizações em até 28 dias, redução do número de quedas e de lesões por pressão na população idosa.

A presença de morbidades de pessoas idosas com 75 anos de idade ou mais teve média de 5,53 (variação 1 a 15), sendo mais frequentes as doenças cardiovasculares, infecciosas, neoplásicas e neurológicas. Identificou-se ainda que 14% dos pacientes deste grupo etário

hospitalizados no HCPA não tinham vínculo com a rede de saúde e de assistência social, proporção que vem se mantendo constante. O primeiro resultado sobre delirium foi obtido por meio de prevalência-ponto, com apoio de uma equipe de especialistas na área de geriatria e gerontologia, e identificou-se que 20% das pessoas com 75 anos ou mais estavam em delirium na Emergência.

Em relação à prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados à pessoa idosa, em 2019 verificou-se prevalência de 92,3% de pacientes de 75 anos ou mais com estas prescrições. Nestes pacientes, havia prescrições com alto risco anticolinérgico em 46,4% dos casos. Foi identificada também a presença de antipsicóticos EV e anti-histamínicos em 3,4% das prescrições. Hoje monitoramos as prescrições inapropriadas de antipsicóticos não indicados (haloperidol endovenoso, clorpromazina e levomepromazina) e anti-histamínicos nos pacientes com 75 anos ou mais em delirium e a ocorrência destas inadequações tem sido próxima a zero.

Na ocasião, também foi feito um diagnóstico a partir da perspectiva das pessoas idosas e seus cuidadores, por meio de enquête sobre o que importava ou impactava para eles em questões relativas à comunicação e barreiras arquitetônicas. As principais dificuldades reportadas foram o acesso para chegada ao hospital, a sinalização no hospital, a iluminação nas unidades, os cartazes com letras pequenas, as distâncias a serem percorridas dentro da instituição, as poltronas desconfortáveis na emergência, além de falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais. Melhorias como rounds multiprofissionais, uma melhor distribuição da iluminação e a fixação de barras de apoio em algumas unidades já foram realizadas.

Os Protocolos de Assistência à Pessoa Idosa Hospitalizada e de Prevenção e Manejo do Delirium foram desenvolvidos a partir do pacote de intervenções dos 4Ms e com as informações obtidas sobre os cuidados que já eram prestados na instituição; eles foram direcionados para a população com 75 anos ou mais, uma vez que a probabilidade de adquirir alguma doença crônica ou incapacidade aumenta com a idade, assim como diminuem, progressivamente, a capacidade e as reservas funcionais, aumentando a suscetibilidade aos problemas de saúde e, consequentemente, a

Tabela 1. Distribuição estratificada da população de pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 60 anos de idade ou mais, em período prévio e após a implementação do programa, e alguns desfechos monitorados (n=160797). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

Indicador assistencial	2018		2019	2020	2021	2022	2023
	(n=26597)		(n=28754)	(n=23995)	(n=25330)	(n=27438)	(n=28673)
<i>Internações de pessoas idosas (% do total)</i>	60 a 74 anos	20,20%	20,80%	27,60%	29,50%	28,90%	29,60%
	75 anos ou mais	20,50%	21,80%	16,20%	12,60%	13,40%	14,00%
	Total - 60 anos ou mais	40,70%	42,60%	43,80%	42,10%	42,30%	43,60%
<i>Média de permanência (dias) pessoas idosas</i>	60 a 74 anos	(*)	(*)	9,54	9,4	8,41	7,52
	75 anos ou mais	(*)	(*)	8,74	8,6	7,7	7,1
<i>Reinternação em 28 dias (%) pessoas idosas</i>	60 a 74 anos	(*)	(*)	15,70%	14,40%	13,20%	13,60%
	75 anos ou mais	(*)	(*)	16,10%	13,00%	12,80%	14,20%
<i>Taxa de incidência de quedas na internação (por 1000 pacientes/dia) pessoas idosas</i>	60 a 74 anos	(*)	(*)	2,79	1,94	2,33	2,2
	75 anos ou mais	(*)	(*)	2,52	2,06	2,18	2,07
<i>Taxa de incidência de lesão por pressão na internação (%) pessoas idosas</i>	60 a 74 anos	(*)	(*)	5,13	4,15	2,6	2,35
	75 anos ou mais	(*)	(*)	4,35	3,5	3,31	2,64

Fonte: Informações gerenciais, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2024.
() Estes indicadores assistenciais não eram disponibilizados por faixa etária anteriormente a 2020.

possibilidade de morte. O Protocolo de Assistência à Pessoa Idosa Hospitalizada versa sobre os cuidados a serem implementados por cada profissional da equipe após a identificação da pessoa idosa como vulnerável, considerando uma avaliação multidimensional (Figura 1). Além disso, prevê que todos os profissionais devem estar atentos para a possibilidade de violência física, psicológica e negligência. Concomitante à criação do Protocolo de Assistência à Pessoa Idosa

Hospitalizada, o Protocolo de Delirium para unidades de enfermaria e emergência foi estabelecido e implantado. A triagem sistematizada para diagnóstico de delirium foi estruturada para todas as pessoas idosas com idade superior a 75 anos (Figura 2).

Antes da publicação e disponibilização no sistema eletrônico utilizado por todos os profissionais do HCPA, os protocolos institucionais de atendimento à pessoa idosa foram postos em consulta pública.

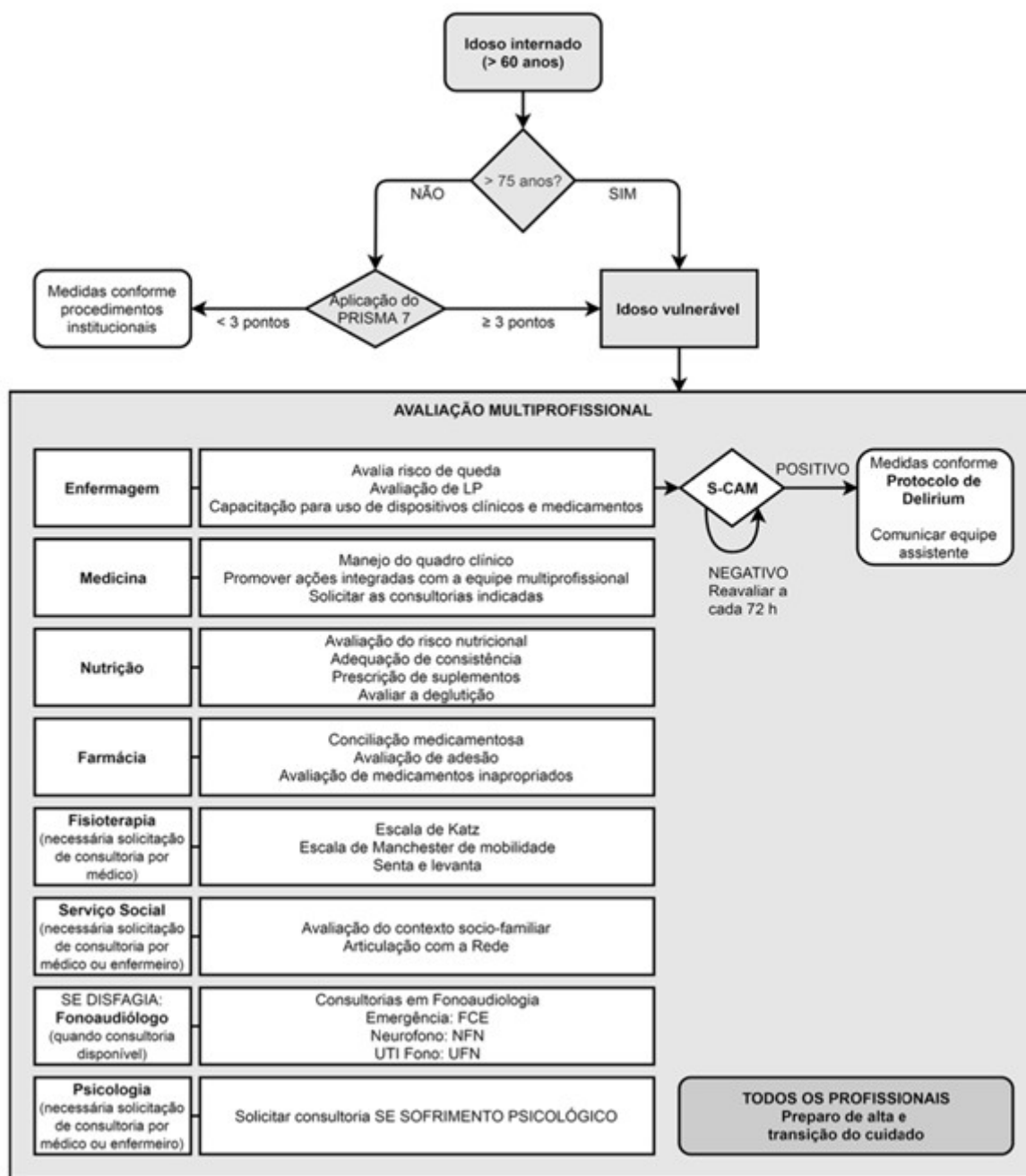


Figura 1. Fluxograma do Protocolo de Assistência à Pessoa Idosa Hospitalizada. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019. Fonte: Protocolo de Assistência à Pessoa Idosa Hospitalizada, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2019.

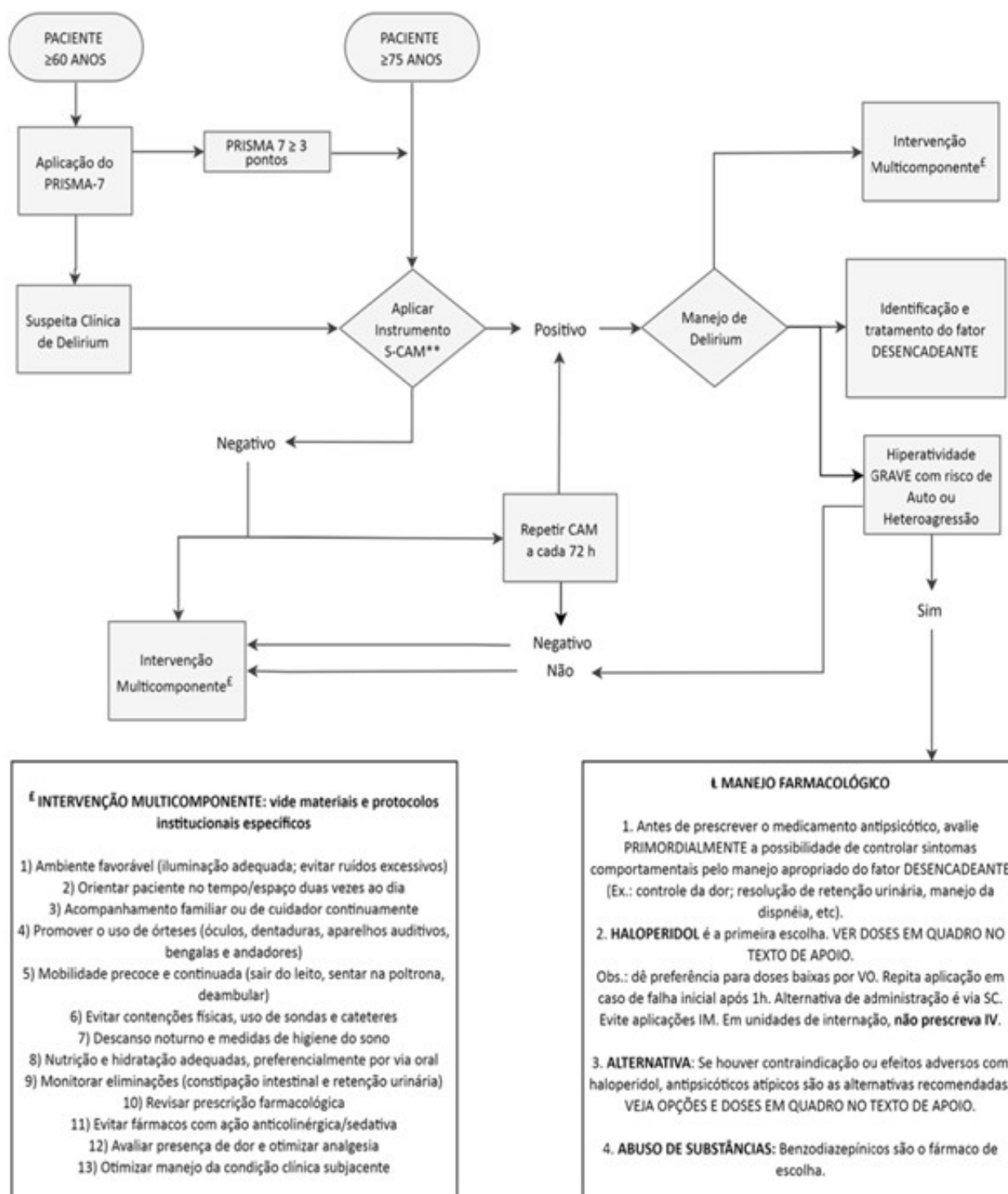


Figura 2. Fluxograma de prevenção e manejo de delirium em unidades de hospitalização e emergência. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

Fonte: Protocolo de prevenção e manejo do delirium em unidades de hospitalização e na emergência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2019.

A partir da publicação, iniciou-se a implementação dos protocolos em ciclos com escala crescente em unidades assistenciais focais. Foi estabelecida uma força tarefa para capacitação da equipe multiprofissional, tendo por meta capacitar 90% das equipes, o que foi atingido.

A avaliação sistematizada de delirium foi executada inicialmente em uma unidade cirúrgica, ação expandida para outras unidades de hospitalização e Serviço de Emergência. Após a adoção da avaliação pelas equipes, em ciclos de PDSA, a escala foi adaptada e incluída no sistema informatizado, permitindo a visualização dos resultados automatizados sobre a presença de delirium por meio de estratégia de alerta visual nos prontuários dos pacientes. A Figura 3 apresenta o percentual de pessoas com 75 anos de idade ou mais com presença de delirium na admissão hospitalar. Os casos eletivos (admitidos diretamente nas enfermarias clínicas ou cirúrgicas, sem passagem pela emergência) apresentaram uma prevalência que variou entre 0 e 7%, enquanto entre aqueles admitidos em situação de urgência houve presença de delirium entre 10% e 23%.

Visando reduzir complicações e tempo de internação e evitar reinternações, o comanejo de pessoas idosas pela geriatria com especialidades cirúrgicas foi iniciado por meio de parceria com o Serviço de Cirurgia Vascular, em março de 2020, por ser uma das especialidades cirúrgicas com maior proporção de pessoas idosas atendidas. Todas as pessoas com 75 anos ou mais, internadas para a cirurgia vascular, eram automaticamente acompanhadas pela equipe de comanejo e consultoria da Geriatria, para a abordagem das situações clínicas e aplicação de ações que protegem as pessoas idosas de eventos adversos intra-hospitalares. As demais especialidades cirúrgicas podem solicitar consultoria para a equipe de Geriatria, com vistas a um parecer especializado ou mesmo acompanhamento clínico diário.

Institucionalmente, para todos os adultos, foi estabelecido o Plano Antecipado de Cuidado e Tratamento (PACTo) em 2020-2021. O PACTo apoia as discussões sobre decisões terapêuticas considerando valores, crenças e expectativas relativas à sua doença, prognóstico e preferências em relação a medidas terapêuticas diante

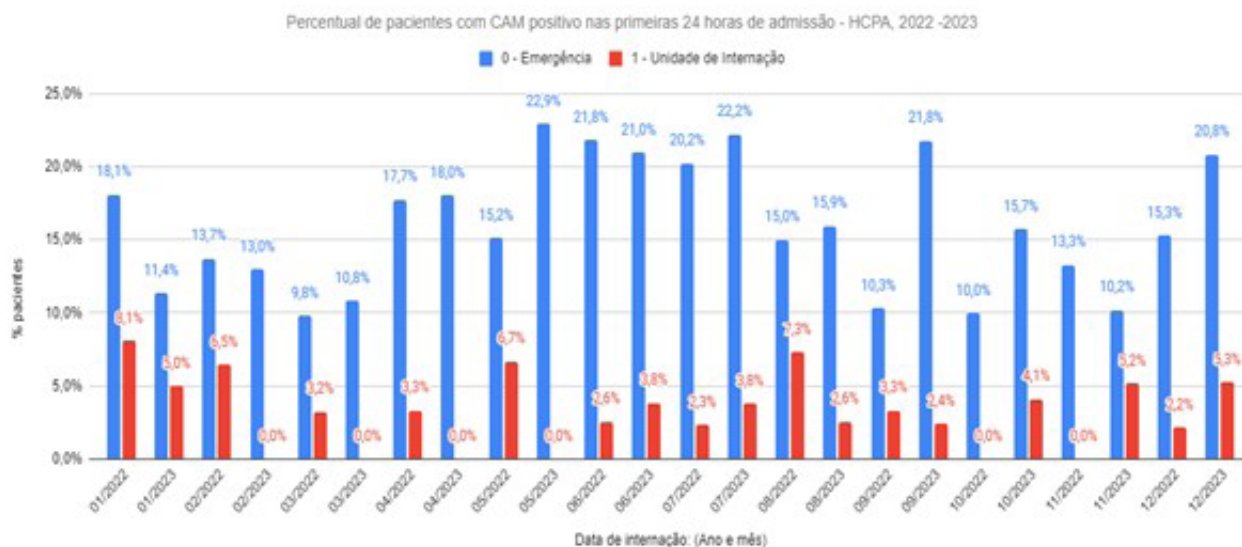


Figura 3. Proporção da escala de delirium *Confusion Assessment Method* positiva na admissão hospitalar entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

Fonte: Informações gerenciais, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2024..

do quadro clínico que levou à hospitalização. O plano permite decisões assistenciais alinhadas aos princípios do cuidado centrado no paciente, principalmente se frágil, como aqueles com doenças incuráveis e em situações de finitude próxima.

O monitoramento dos indicadores permitiu o planejamento da adoção escalonada e sistematizada das intervenções descritas acima, além de orientar as ações de melhorias que foram propostas para tornar o cuidado da pessoa idosa mais seguro.

A pandemia da COVID-19 perpassou o estabelecimento da linha de cuidado. Ações para expandir seu escopo para unidades ambulatoriais e de cuidados intensivos, além de um olhar para os cuidadores, foram retomadas após este período.

A ampliação da linha de cuidado para o ambulatório buscou oferecer cuidado centrado nas necessidades da pessoa idosa atendida nesta área. Foi construído o Protocolo Assistencial de Atendimento Ambulatorial à Pessoa Idosa (Figura 4), que orienta sobre as particularidades de saúde e de prescrição da pessoa idosa nesse contexto de atenção e desenvolvido por equipe multiprofissional. Foram estabelecidos critérios de encaminhamento para o ambulatório especializado em Geriatria, quando a pessoa com 60 anos de idade ou mais é acompanhada por alguma outra especialidade. Para que a pessoa idosa consulte com a equipe especializada é necessário que seja classificada como frágil/vulnerável, preenchendo pelo menos dois ou mais entre os cinco critérios a seguir: fragilidade (declínios físico e funcional progressivos), incapacidade funcional (impossibilidade de desempenhar as atividades diárias sem auxílio), alto risco de quedas (queda prévia no último ano OU alterações da marcha OU sensação referida de desequilíbrio/fraqueza em membros inferiores), cuidados paliativos de doenças crônicas (insuficiências de órgãos em fases avançadas), alterações cognitivas (queixas de memória, função executiva, linguagem, humor), idade ≥ 85 anos.

O encaminhamento para cada uma das áreas multiprofissionais é feito após a consulta com o médico da Geriatria, que avalia as necessidades de cada pessoa idosa por meio da Avaliação Geriátrica Ampla. As avaliações da equipe multiprofissional podem ser presenciais ou por teleatendimento. A cada 15 dias, a equipe reúne-se para a discussão de casos, trazendo potenciais soluções

para situações desafiadoras, ou trazendo o retorno e seguimento de seus atendimentos, o que garante uma comunicação eficaz e beneficia o paciente.

O atendimento no ambulatório de Geriatria também prioriza os 4Ms, que consiste na avaliação cognitiva e aplicação de escalas de triagem para sintomas depressivos (*mentation*), bem como na definição de um plano antecipado de cuidados (*what matters*) efetuados pelo médico desde as primeiras consultas. As medicações (*medication*) são avaliadas em consulta com o farmacêutico, que também acompanha a adesão e os possíveis efeitos adversos e interações das prescrições médicas, por meio de consultas de seguimento on-line. A mobilidade (*mobility*) é avaliada inicialmente pelo médico com testes de equilíbrio, força e desempenho físico. Detectando-se alterações nos testes de desempenho físico que levam à diminuição da funcionalidade, o paciente é encaminhado para consulta em fisioterapia, com vistas à reabilitação. A equipe multiprofissional solicita avaliação do enfermeiro, se identificada necessidade de orientação para cuidados específicos, como: uso de medicamentos especiais, dispositivos de assistência à saúde, curativos, e se identificada sobrecarga do cuidador. Avaliando os resultados obtidos inicialmente, o enfermeiro passou a realizar a navegação das pessoas idosas mais vulneráveis em casos discutidos em round multiprofissional.

No que tange ao que mais importa aos cuidadores das pessoas idosas, elaborou-se a Cartilha para Cuidadores, disponível na página institucional na *web*. No conteúdo, foram incluídas informações construídas de forma interdisciplinar e validadas com cuidadores. A cartilha envolve os seguintes tópicos: comunicação e interação com a pessoa idosa; higiene, vestimenta e conforto; nutrição e alimentação; dificuldades de deglutição; medicação; aspectos emocionais; quedas; exercícios físicos e respiratórios; lesões por pressão; direitos da pessoa idosa e redes de serviço do município; contatos dos serviços de saúde municipais. A organização de grupos de educação e apoio com os familiares que permaneciam nas unidades clínicas, acompanhando as pessoas idosas hospitalizadas, foi uma ação testada e descontinuada, pois os cuidadores não se sentiam confortáveis em afastar-se do leito, principalmente porque, em alguns casos, a sala onde o grupo se reunia junto à equipe de educação não

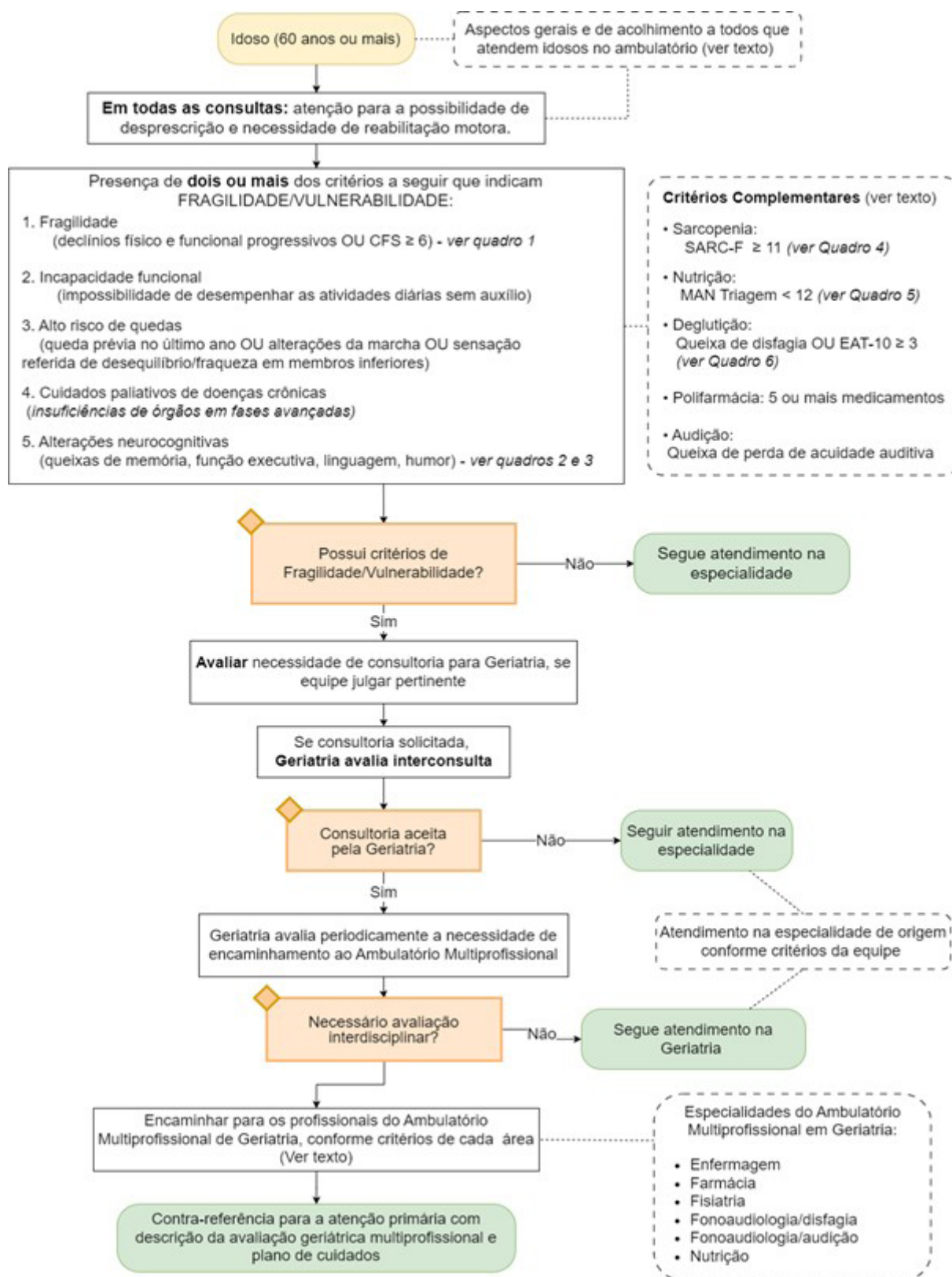


Figura 4. Fluxograma do Protocolo Assistencial de Atendimento à Pessoa Idosa Ambulatorial. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2023.

Fonte: Protocolo Assistencial à Pessoa Idosa em Atendimento Ambulatorial, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2023.

ficava próxima às unidades onde a pessoa idosa estava internada. Desta forma, optou-se por manter as ações diretamente aos cuidadores dentro de cada unidade.

Analisando o atendimento na nova configuração de acesso dos usuários em 2022, verificaram-se oportunidades de melhoria para a orientação das pessoas idosas. Assim, oficinas de sensibilização sobre o atendimento às pessoas idosas direcionadas aos colaboradores da área administrativa, vigilantes, entre outros, também vêm sendo realizadas periodicamente. O objetivo é conscientizar sobre os riscos ou dificuldades que podem ocorrer com pessoas idosas desde sua recepção no hospital. Na oficina são realizadas simulações de atendimentos em que os funcionários utilizam pesos e faixas nos membros superiores e inferiores para experimentar a dificuldade na marcha, óculos com lentes bloqueadas para dificultar a visão, e protetor auricular para limitar a audição. Dessa forma, vivenciam a dificuldade de compreender as orientações, bem como de dirigir-se às diferentes áreas do hospital. Após a experiência simulada, faz-se uma roda de conversa sobre o processo de envelhecimento, assim como das condições físicas e emocionais associadas à velhice. Também são abordados aspectos sobre a comunicação efetiva para o processo de cuidado, a atenção à pessoa idosa, seus direitos e o idadismo.

Identificando que muitos idosos permaneciam sós durante a internação, foi testado, em 2023, o Projeto de Voluntariado para estudantes da área da saúde com dois alunos na unidade de referência. Os estudantes têm como principal tarefa acompanhar as pessoas idosas, como se fossem alguém da família ou um amigo. A atividade foi avaliada pelos idosos, estudantes e equipes como positiva e o número de alunos foi ampliado para 12 no início de 2023.

Desde 2023, o grupo de trabalho também planejou e implementou estratégias de transição de cuidado na unidade clínica de referência. Entre as atividades testadas, foram mantidas: o contato com as unidades básicas de saúde pelo Assistente Social; fornecimento de informações sobre a hospitalização de usuários e previsão de alta e teleconsultas após uma semana da alta pela equipe de enfermeiros do ambulatório; verificação sobre se a pessoa idosa buscou os serviços de atenção primária; revisão do plano de alta; e esclarecimento de suas dúvidas e da família.

Em 2023, o trabalho implementado no HCPA culminou com o reconhecimento pelo *Institute for Healthcare Improvement* por meio do selo de Serviço Amigo da Pessoa Idosa, sendo a primeira instituição da América Latina a receber tal deferência.

Dando prosseguimento à expansão da Linha de Cuidado, está em planejamento a inclusão do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Ao expandir a Linha para o CTI, entende-se que toda pessoa idosa que necessita de terapia intensiva é considerada vulnerável e, por isso, beneficia-se de uma avaliação multidimensional. O objetivo principal desta expansão é o de manter ao máximo a funcionalidade global (mental e física) da pessoa idosa internada no CTI. Posteriormente, a Linha será expandida para as unidades de internação psiquiátrica e oncológica.

■ DISCUSSÃO

Desde o marco de instauração da Linha de Cuidado, a equipe implementou ações multidimensionais e multiprofissionais tais como mapeamento de tópicos relacionados ao que realmente importa para as pessoas idosas hospitalizadas. Também desenvolveu e implementou o protocolo de atendimento multiprofissional para pessoas idosas internadas, o protocolo de identificação, prevenção e manejo do Delirium, o protocolo de cuidado interprofissional da pessoa idosa no contexto ambulatorial e a assistência hospitalar de comanejo clínico-cirúrgico (Geriatria e Cirurgia Vascular). Conforme relatado, expansões da linha de cuidado estão planejadas para incluir o Centro de Terapia Intensiva e ampliar ações de transição de cuidados.

De forma complementar, instituíram-se capacitações para sensibilização sobre cuidados à pessoa idosa e suas peculiaridades, cartilha para cuidadores, além do projeto de voluntariado para acompanhantes de pacientes idosos realizado por estudantes da área de saúde. Por meio do monitoramento de indicadores verificou-se que medidas efetivas resultaram em redução do tempo de permanência hospitalar, redução de rehospitalizações em até 28 dias, redução na prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, redução do número de quedas e de lesões por pressão tanto na população idosa geral como em pacientes com mais de 75 anos. De forma subjetiva, houve o fortalecimento das interações

multiprofissionais e destaque à relevância de cuidados diferenciados à população idosa em nossa instituição.

A sedimentação e ampliação da linha de cuidado voltada à pessoa idosa foram facilitadas pelo uso de metodologia de implementação e testes escalonados para adoção das melhores práticas, norteados pelo monitoramento dos resultados. Essas ações estão alinhadas com os princípios atuais da ciência da implementação para integração de intervenções baseadas em evidências na prática habitual dos sistemas de saúde. Carney (2024)⁽²⁰⁾ também descreveu a adoção do Programa 4Ms como modelo de cuidado à pessoa idosa, utilizando uma abordagem escalonada de incorporação das ações, com piloto em uma unidade, envolvimento de lideranças e representantes de equipes multiprofissionais para garantir o sucesso obtido na instituição. O objetivo é promover a aplicação, o uso contínuo e a sustentabilidade dessas intervenções ao longo do tempo⁽²¹⁾. A sustentabilidade das ações tem sido garantida com os encontros mensais da equipe multidisciplinar que gerencia a linha de cuidado, observando e analisando os resultados obtidos em cada período e planejando ações para obter melhorias e ampliar o número de unidades que adotam o modelo da linha de cuidado proposto no planejamento estratégico do hospital.

Do mesmo modo, o apoio do pacote de intervenções proposto pelo 4Ms também permite o melhor manejo das condições que acompanham as pessoas idosas complexas internadas. Estudo recente que descreve a implementação dos 4Ms nos Estados Unidos destaca que a utilização desta abordagem proporcionou cuidado centrado na pessoa, atendimento ao bem estar das pessoas idosas e não apenas no controle da doença. Reforçam ainda que esta estratégia pode ser aplicada aos pacientes geriátricos complexos nos mais diversos contextos de cuidado⁽⁴⁾.

O conhecimento de práticas institucionais já existentes antes da implementação da linha de cuidado, bem como a análise do contexto hospitalar, identificando pontos fortes, oportunidades de melhorias e as barreiras a serem enfrentadas na constituição desses cuidados foram fundamentais para o desenvolvimento e a implementação dos protocolos de cuidado. O envolvimento dos interessados, desde o planejamento até a implementação de ações, incluindo pessoas idosas, cuidadores e equipes multidisciplinares e interprofissionais, garantiu também a diversidade de perspectivas e

foi essencial para a organização da assistência às pessoas hospitalizadas com 75 anos ou mais. É importante salientar que se optou por incorporar práticas assistenciais voltadas à avaliação e ao manejo da Vulnerabilidade Clínico-Funcional e do Delirium, contemplando ações na admissão, hospitalização e no preparo para alta. Estas condições têm impacto significativo na redução dos desfechos negativos e fazem frente a condições frequentemente pouco valorizadas e identificadas no contexto hospitalar, fortemente associadas a um pior prognóstico entre as pessoas idosas⁽²²⁾.

A implementação da avaliação de delirium por meio da escala CAM foi um ponto de destaque desde o início do projeto. A identificação precoce de delirium realizada pelo enfermeiro favorece sinalização com intuito de estimular a busca e correção de fatores desencadeantes (medicamentos, constipação/retenção urinária, infecção não controlada, entre outros), estratégia atrelada à qualidade assistencial por viabilizar rápida resposta, além de auxiliar na definição de prioridade para transferência às unidades de enfermaria. Adotou-se a implementação em pequena escala, definindo as prioridades sobre quais mudanças seriam adotadas inicialmente, e também em que unidades. Desta forma, foi possível incorporar as mudanças com segurança, monitorar os indicadores e fazer ajustes necessários para incrementar a eficiência.

Considerando-se que a adesão aos protocolos institucionais tende a declinar com o passar do tempo⁽²³⁾, planejou-se o monitoramento de indicadores atrelados à adesão e à adequação das condutas previstas nos protocolos implementados. Tal modelo de monitoramento identificou modificações de padrão de adesão em tempo real, possibilitando proposição de novas estratégias e mecanismos para contornar o problema. Entretanto, reconhecemos que a estratégia de monitoramento em voga pode ser aprimorada. Novas soluções de informática, considerando que todos os dados do paciente encontram-se em prontuário eletrônico, é um dos desafios a serem vencidos. A maior informatização dos dados permite melhorar os processos assistenciais e contribuir para ações preditivas, ou seja, prever eventos e complicações com sinalização para os profissionais de saúde.

De modo específico, o monitoramento da prescrição de drogas potencialmente inapropriadas para a pessoa idosa levou a uma maior conscientização de

toda a comunidade interna prescritora quanto ao uso de medicações antipsicóticas, hipnóticas e sedativas para o tratamento dos casos de delirium hiperativo. As recomendações do protocolo de delirium tiveram maior adesão após início de contato direto com o agente da prescrição em desacordo com o protocolo com intuito educativo sobre escolha da melhor estratégia de ação e prevenção do uso de medicamentos ou vias de administração não previstas no protocolo. Outra iniciativa que garante maior segurança à pessoa idosa e diminui o risco de delirium durante a hospitalização é a avaliação da carga anticolinérgica das medicações listadas na prescrição vigente. Quanto maior a carga anticolinérgica, maior o risco de desenvolver delirium e prolongar o tempo de permanência no hospital. O farmacêutico registra no prontuário eletrônico a carga anticolinérgica e as equipes assistenciais ficam responsáveis por reavaliar a prescrição. Essas ações são descritas na literatura como essenciais para o cuidado⁽¹⁸⁾.

Vale destacar o planejamento das ações voltadas para a educação dos profissionais realizada durante a implementação dos protocolos e na chegada de novos profissionais, o que proporciona conhecimento e compreensão adequados, munindo os profissionais de atitudes mais proativas para reconhecerem as manifestações clínicas do delirium, detectar a vulnerabilidade da pessoa idosa, bem como prescrever intervenções que sejam específicas para este grupo etário⁽²⁴⁾.

Em relação à presença de delirium, observa-se que pacientes admitidos na emergência têm prevalência maior do que aqueles admitidos de forma eletiva, o que está de acordo com a sua condição de saúde. Observa-se que o monitoramento da adesão à realização da escala e o acompanhamento dos novos profissionais pelos enfermeiros do grupo de trabalho quanto a dúvidas sobre a aplicação da escala é fundamental para que estes pacientes possam ser diagnosticados precocemente e tratados. Acredita-se que esta ação foi um dos pontos de sucesso da Linha e tem impactado nos resultados obtidos.

Embora várias ações direcionadas à atenção da pessoa idosa hospitalizada tenham sido desenvolvidas, ainda há desafios, como ampliar as avaliações quanto à capacidade funcional e mobilidade para um maior número de pacientes, bem como ampliar as melhorias físico-estruturais. Pesquisa sobre a capacidade funcional já foi realizada no Serviço de Emergência, identificando

que 17,9% das pessoas com 75 anos ou mais eram totalmente dependentes⁽²⁵⁾. A avaliação da mobilidade foi estabelecida para todos os pacientes com 75 anos ou mais na UTI. Outro grande desafio é a transição de cuidado para serviços de reabilitação do HCPA e para outros serviços que compõem a rede de atenção, pois a disponibilidade de atendimentos é bastante restrita.

Outro ponto importante é a implementação do protocolo assistencial para as pessoas com menos de 75 anos. Considerando o número de indivíduos atendidos na instituição que pertencem a este grupo etário, entendem-se tais ambições ainda como um grande desafio para o incremento e sustentabilidade de ações vinculadas ao programa. Sendo assim, os riscos e benefícios para avanço do projeto precisarão ser considerados.

Quanto às limitações do presente estudo, podemos considerar que o estudo proposto descreve uma intervenção em serviço, e não é possível utilizar-se um grupo controle para comparação dos resultados. Além disso, a utilização de dados secundários, gerenciais e de registros em prontuários pode não identificar outros fatores que contribuíram para os achados. Entretanto, a adoção de uma estrutura organizada para a implementação das ações, com testes em pequena escala e acompanhamento das medidas adotadas de forma escalonada, é uma estratégia utilizada em estudos de implementação, e permite supor que as intervenções da Linha de Cuidado estiveram associadas com as melhorias em indicadores, alinhadas com outros estudos com metodologia semelhante.

■ CONCLUSÃO

Descrevemos o processo de desenvolvimento e implementação da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa do HCPA, onde utilizamos como base do projeto os 4Ms do IH: saúde mental (focada em delirium); mobilidade; prescrição de medicações apropriadas e preferências/perspectivas das pessoas idosas e seus cuidadores em relação ao seu plano de cuidados. A linha de cuidado mostrou-se sustentável nesses quase 5 anos de existência. A partir do foco avaliativo e de intervenção voltado a pacientes com 75 anos ou mais, as ações foram progressivamente implementadas nas unidades de emergência, internação e ambulatorial. Como parte do escalonamento programado, a linha de cuidado à

pessoa idosa encontra-se em fase de implementação nas unidades de cuidados críticos.

No atendimento à pessoa idosa hospitalizada, em relação aos 4 Ms, a avaliação de delirium está sistematizada com a escala CAM, que é aplicada pelos enfermeiros. Isso permite a avaliação trimestral da incidência e prevalência dessa síndrome na Emergência e unidades de internação para que intervenções possam ser aplicadas. O desenvolvimento e a implementação dos protocolos assistenciais e de prevenção e manejo de delirium foram considerados pontos-chave no atendimento de pessoas idosas na instituição. Por essa razão, conforme planejado, capacitações sistemáticas e repetidas para aplicação do protocolo e seus instrumentos são executadas. As questões da mobilidade foram trabalhadas desde as melhorias nas barreiras arquitetônicas, a partir da opinião do próprio usuário, até as capacitações da equipe assistencial de como mobilizar os pacientes. Quanto à prescrição de medicações inapropriadas à pessoa idosa, o acompanhamento da prescrição pelo farmacêutico permitiu a sinalização de medicações com alta carga colinérgica diretamente no prontuário, como em fluxo direto ao próprio médico prescritor. Tal ação, além de promover segurança do paciente, apresenta cunho educativo voltado à prevenção de eventos negativos. Em relação ao balizador “o que mais importa na opinião do paciente”, os *inputs* gerados por entrevistas diretamente aplicadas ao público-alvo foram fundamentais no processo de diagnóstico de barreiras tanto comunicativas quanto arquitetônicas. Ainda neste tópico, a implementação da ferramenta PACTo favoreceu o estabelecimento de planos de cuidado e tratamento alinhados aos valores e desejos dos pacientes. Entendemos que o PACTo proporcionou um convite aos diálogos abertos entre o paciente e as equipes assistenciais. Diante do exposto neste manuscrito, entendemos que submeter os processos e protocolos instituídos à revisão por pares trata-se de passo fundamental para a divulgação transparente e acurada daquilo que fora desenvolvido em nossa instituição com enfoque no cuidado seguro e de qualidade às pessoas idosas. A divulgação dos processos de desenvolvimento e implementação da linha de cuidado aqui descritos, em uma perspectiva de melhoria contínua, abrirá oportunidades de replicação dos métodos aqui utilizados em outras instituições.

■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. : morbidade hospitalar do SUS [Internet]. 2024[cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>
2. Pirâmides Populacionais. Pirâmides Populacionais do Mundo desde 1950 até 2100 [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <http://populationpyramid.net/pt/brasil/2023/>
3. Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp). Manual De Gerenciamento e Assistência à pessoa idosa [Internet]. 2018[cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2018/>
4. Murphy SC, Severance JJ, Camp K, Knebl JA, Fairchild TJ, Soto I. Lessons learned from age-friendly, team-based training. *Geriatrics (Basel)*. 2023;8(4):78. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8040078>
5. Balu SR, Khoo A, Hunter CL, Ní Chróinín D. Does case-finding for admission to aged care rapid investigation and assessment unit for older patients improve hospital length of stay? evaluation of ARIA Unit. *Int J Integr Care*. 2023;23(4):1–9. <https://doi.org/10.5334/ijic.7038>
6. Won SH, Suh SY, Yim E, Ahn HY. Risk factors related to serious adverse drug reactions reported through electronic submission during hospitalization in elderly patients. *Korean J Fam Med*. 2022;43(2):125–31. <https://doi.org/10.4082/kjfm.21.0086>
7. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(2):181–7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.10.022>
8. Mudge AM, McRae P, Hubbard RE, Peel NM, Lim WK, Barnett AG, et al. Hospital-Associated complications of older people: a proposed multicomponent outcome for acute care. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(2):352–6. <https://doi.org/10.1111/jgs.15662>
9. Bláhová H, Bártová A, Dostálová V, Holmerová I. The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clin Exp Res*. 2020;33(8):2113–22. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01734-6>
10. Institute for Healthcare Improvement (US). Age-Friendly Health Systems: overview [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.ihl.org/initiatives/age-friendly-health-systems>
11. Schneberk T, Bolshakova M, Sloan K, Chang E, Stal J, Dinalo J, et al. Quality indicators for high-need patients: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2022;37(12):3147–61. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07454-z>
12. Molnar F, Frank CC. Optimizing geriatric care with the GERIATRIC 5Ms. *Can Fam Physician [Internet]*. 2019[cited 2024 Apr 26];65(1):39. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6347324/>
13. Souza AS, Andrade CC, Reis Junior AP, Meira EC, Menezes MR, Gonçalves LHT. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais de saúde. *Ciênc Cuid Saúde [Internet]*. 2013[cited 2024 Apr 26];12(2):274–281. Available from: https://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n2/en_10.pdf

14. Gutierrez BAO, Silva HS, Chubaci RYS, Borja-Oliveira CR. Complexidade assistencial de idosos hospitalizados e sua relação com características sociodemográficas e de independência funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(6). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190167>
15. Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. 2nd Ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2009.
16. SQUIRE. Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE 2.0 [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>
17. Fabbri RMA, Moreira MA, Garrido R, Almeida OP. Validity and reliability of the Portuguese version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the detection of delirium in the elderly. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2001;59(2A):175–9. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000200004>
18. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med*. 2008;168(5):508–13. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2007.106>
19. Korkatti-Puoskari N, Tiihonen M, Caballero-Mora MA, Topinkova E, Szczerbińska K, Hartikainen S; on the Behalf of the EuGMS Task & Finish group on FRIDs. Therapeutic dilemma's: antipsychotics use for neuropsychiatric symptoms of dementia, delirium and insomnia and risk of falling in older adults, a clinical review. *Eur Geriatr Med*. 2023;14(4):709–20. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00837-3>
20. Carney MT, Kwiatek S, Burns EA. Transforming health care: a large health organizations' journey to become an age-friendly health system (AFHS) and beyond. *J Am Geriatr Soc*. 2024;72(2):579–88. <https://doi.org/10.1111/jgs.18646>
21. Sáenz V, Patino CM, Carvalho FJ. Implementation research and its role in public health and health policies. *J Bras Pneumol*. 2021;e20210443. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210443>
22. Murdaca G, Banchemo S, Casciaro M, Paladin F, Tafuro M, Monancelli F, et al. Multiparametric evaluation of geriatric patients admitted to intermediate care: impact on geriatric rehabilitation. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(18):2906. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13182906>
23. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
24. Woodhouse R, Burton JK, Rana N, Pang YL, Lister JE, Siddiqi N. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;4(4):CD009537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009537.pub3>
25. Milanesi TC. Funcionalidade e mobilidade avaliadas na Emergência predizem desfechos clínicos durante a internação em pessoa idosa acima de 75 anos? [Dissertação] [Internet]. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); 2023[cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/270419>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Curadoria de dados: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Análise formal: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Pesquisa: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Metodologia: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Redação do manuscrito original: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Redação - revisão e edição: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, Roberta Rigo Dalla Corte, Renato Gorga Bandeira De Mello, Bruno Simas Da Rocha, Francine Melo Da Costa, Tiago Oliveira Teixeira, Helena Barreto Dos Santos, Simone Augusta Finard

Administração de projeto: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Supervisão: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses

■ Autor correspondente:

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
E-mail: lpaskulin@hcpa.edu.br

Recebido: 05.06.2024

Aprovado: 21.12.2024

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

