



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**KATE BARBOSA KAUARK**

**CUIDADO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO REALIZADO POR  
ENFERMEIROS À PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

**Salvador, Ba**

**2021**

**KATE BARBOSA KAUARK**

**CUIDADO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO REALIZADO POR  
ENFERMEIROS À PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aprovação.

**Linha de Pesquisa:** Saúde do Idoso

**Orientador:** Prof<sup>a</sup>. MsC. Cláudia Fernanda Trindade Silva

**Salvador, Ba**

**2021**

**KATE BARBOSA KAUARK**

**CUIDADO DE TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO REALIZADO POR  
ENFERMEIROS À PESSOAS IDOSAS: REVISÃO INTEGRATIVA.**

Artigo científico apresentado à disciplina de TCC II, do curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aquisição do título de Bacharel em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Saúde do idoso

**DATA DA APROVAÇÃO:**

**10 / 06 / 2021**

*Cláudia Fernanda Trindade Silva*

---

**Profa. Cláudia Fernanda Trindade Silva**  
**Universidade Católica do Salvador**  
**Orientador (a)**

*Profa. Helena Marília Ferreira Costa Guimarães*

**Profa. Helena Marília Ferreira C. Guimarães**  
**Universidade Católica do Salvador**  
**Avaliador (a)**

*Isabela de Jesus Gonçalves*

---

**Isabela de Jesus Gonçalves**  
**Avaliadora (a)**

**Salvador, BA**

**2021.1**

## RESUMO

Os principais desafios na assistência à saúde de pessoas idosas é a baixa disponibilidade de programas de gerenciamento de cuidados que sejam efetivos e as reinternações e/ou internações prolongadas desse público. O cuidado de transição hospital-domicílio tem como propósito manter a continuidade dos cuidados domiciliares de maneira efetiva. Quando bem implementado, interfere de forma positiva na continuidade do tratamento uma vez que oferece o suporte necessário a pessoa idosa e familiar, evitando descompensações, eventos adversos e reinternações. O objetivo deste trabalho foi analisar o cuidado de transição hospital-domicílio praticado por enfermeiros às pessoas idosas conforme disponível na literatura científica. Foi realizada coleta de dados de revisão integrativa da literatura, entre os meses de fevereiro e março de 2021, através de buscas em bases de dados científicas utilizando-se critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Foram encontrados 12 artigos que foram analisados através de leitura exaustiva do conteúdo, de modo a apreender a visão dos autores sobre o tema. Constatou-se grandes desafios para alinhar o trabalho do profissional de Enfermagem, que carece de informação, no que diz respeito à execução e recursos que viabilizem a prática do cuidado transicional. A consequência destes percalços é a insegurança: enfermeiros não encontram segurança para exercer as suas funções no que se refere a transição do cuidado, os familiares e, sentem-se negligenciados e despreparados a efetuar os cuidados em domicílio e as pessoas idosas experimentam total desamparo. Concluiu-se que o cuidado de transição é realizado de maneira incompleta e sem assistência dos profissionais de enfermagem. É necessário que o cuidado de transição seja mais explorado e valorizado por esta categoria profissional, de modo a oferecer mais segurança a pessoas idosas e familiares que experienciam esse momento.

**Descritores:** “Cuidado Transicional”, “Saúde do Idoso”, “Cuidados de Enfermagem” e “Alta Hospitalar”.

## **ABSTRACT**

The main challenges in health care for the elderly is the low availability of effective care management programs and the readmissions and/or prolonged hospitalizations of this public. The hospital-home transition care aims to effectively maintain the continuity of home care. When well implemented, it positively interferes with the continuity of treatment, as it offers the necessary support to the elderly and their families, avoiding decompensation, adverse events and readmissions. The aim of this study was to analyze the hospital-home transition care practiced by nurses to elderly people as available in the scientific literature. An integrative literature review was carried out between the months of February and March 20212020, through searches in scientific databases using pre-defined inclusion and exclusion criteria. Twelve articles were found and analyzed through exhaustive reading of the content, in order to apprehend the authors' idea on the subject. Great challenges were found to align the work of nursing professionals, who lack information, with regard to the execution and resources that enable the practice of transitional care. The consequence of these mishaps is insecurity: nurses do not find security to perform their functions with regard to the transition of care, family members feel neglected and unprepared to provide care at home and elderly people experience total helplessness. It is concluded that transition care is performed incompletely and without assistance from nursing professionals. It is necessary that transition care is more explored and valued by this professional category, in order to offer more security to the elderly and family members who experience this moment.

**Descriptors:** “Transitional Care”, “Health of the Elderly”, “Nursing Care” and “Hospital Discharge”.

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	6
2 METODOLOGIA.....	8
3 RESULTADOS .....	11
4 DISCUSSÃO .....	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

## 1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é um fenômeno observado mundialmente e demonstra a diminuição do número de nascimentos associado a um envelhecimento expressivo da população. Espera-se que a expectativa de vida chegue a 81,3 anos em 2050, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o que prevê uma tendência de crescimento da população idosa em relação aos mais jovens (IBGE, 2019).

O envelhecimento da população exige amplo planejamento, visto que, esse processo envolve alterações biológicas e sociais significativas, que abrangem não só o idoso, mas também a família, sociedade e os serviços de saúde (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Durante o processo de envelhecimento, o indivíduo fica mais suscetível a doenças, sendo as DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) as mais prevalentes, como por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM), que traz complicações como desordens renais, sequelas cardíacas e cerebrovasculares. Além de outras doenças crônicas como: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas, que influenciam significativamente na qualidade de vida das pessoas idosas (FLESCH; ARAUJO, 2014; MALACHIAS *et al.*, 2016).

Os principais desafios na assistência aos idosos é a baixa disponibilidade de programas de gerenciamento de cuidados que sejam efetivos e as reinternações e/ou internações prolongadas desse público. Muito se discute sobre a redução de reinternações evitáveis e estratégias que possam ser atribuídas no decorrer desse processo de alta, além da diminuição do tempo das internações e comunicação efetiva da equipe profissional com os familiares (HANSEN, *et al.*, 2013; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

Conforme Veras e Oliveira (2018), o Cuidado de Transição se apresenta quando a alta hospitalar é bem planejada pela equipe de saúde e tem como propósito manter a continuidade dos cuidados em domicílio de maneira efetiva, envolvendo a educação do paciente e da família, com a integração do serviço de saúde comunitário. Ainda segundo o autor, é importante que o enfermeiro, profissional fundamental no processo de transição oriente e encaminhe o paciente para a continuidade dos cuidados na atenção primária, além de promover intervenções precoces de maneira

a facilitar a recuperação, reabilitação e prevenção de novos agravos à saúde e reinternações. O cuidado de transição bem implementado, interfere de forma positiva na continuidade do tratamento da pessoa idosa em domicílio, uma vez que oferece o suporte necessário à essa mudança (dos profissionais para o idoso e/ou familiares), o que pode evitar também eventos adversos (ACOSTA *et al.*, 2018).

A equipe de enfermagem é amplamente responsável por uma série de cuidados, como por exemplo, o estímulo ao desenvolvimento de habilidades para a gestão do autocuidado por parte dos familiares e /ou cuidadores, além de acolhimento às necessidades dos idosos e da rede de apoio, elaboração de protocolos voltados para este nicho populacional e até mesmo o plano de cuidados a ser seguido após a transição para a alta hospitalar (EDERLIN *et al.*, 2013; NUNES; MENEZES, 2016).

O momento da alta hospitalar para a transição ao domicílio pode tornar-se uma experiência insegura para pessoas idosas e seus familiares, diante da necessidade de execução de cuidados que até então foram realizados pelos profissionais de saúde, tornando necessário desenvolver um plano global para essa conduta. Contudo, há a fragilidade na discussão sobre o cuidado de transição no Brasil, apesar do acentuado envelhecimento populacional associado ao aumento da incidência de DCNTs (DELATORRE *et al.*, 2013).

Apesar de ser uma temática bastante relevante, ainda é pouco abordado no ambiente acadêmico e profissional, trazendo desconhecimento a respeito do tema e até mesmo ausência de enfermeiros capacitados para tal, desta forma, este estudo justifica-se pela contribuição não somente à comunidade estudantil, mas também aos profissionais já atuantes na área, garantindo que estes possuam o conhecimento adequado e prestem uma assistência de qualidade aos idosos.

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o cuidado de transição hospital-domicílio praticado por enfermeiros às pessoas idosas conforme disponível na literatura científica.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão integrativa que tem como pergunta norteadora a seguinte questão de pesquisa: “De acordo com dados disponíveis na literatura, como é realizado o cuidado de transição hospital-domicílio praticado por enfermeiros à pessoas idosas?”. O método escolhido tem por finalidade listar e sintetizar o conhecimento científico a partir da produção literária já existente, permitindo a combinação de diversos estudos, a compreensão dos conceitos, teorias e problemáticas a respeito de um tema (SOUZA *et al.*, 2010).

Foram utilizadas as seguintes plataformas de busca: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e portal de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), dentre elas, as seguintes bases de dados: Banco de dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Bases SciVerse Scopus e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), esta última encontrada somente no portal CAPES.

Como estratégia de busca nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs): “Cuidado Transicional”, “Saúde do Idoso”, “Cuidados de Enfermagem” e “Alta Hospitalar”. Após a seleção, os descritores foram agrupados utilizando os operadores booleanos AND e OR, obtendo-se os seguintes cruzamentos: (Saúde do Idoso) AND (Cuidado Transicional OR Cuidados de Enfermagem) AND (Alta Hospitalar);

As buscas avançadas tiveram como critérios de inclusão artigos originais disponíveis na íntegra, gratuitos, publicados nos idiomas português e inglês, que foram publicados nos últimos 10 anos e disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos duplicados nas plataformas e que não atendem aos objetivos dos estudos.

Ao realizar a busca avançada através das plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre agosto de 2020 e novembro de 2020, utilizando os DeCs associados aos operadores booleanos, foram encontrados um total de 1.712 artigos na plataforma, sendo 825 disponíveis na íntegra, depois da aplicação dos idiomas e do período como critérios de inclusão, restaram um total de 646 artigos, após a limitação dos estudos baseados na temática principal do presente trabalho, restaram 200 estudos, destes 150 estavam duplicados nas bases de dados. Dos 50 restantes foram

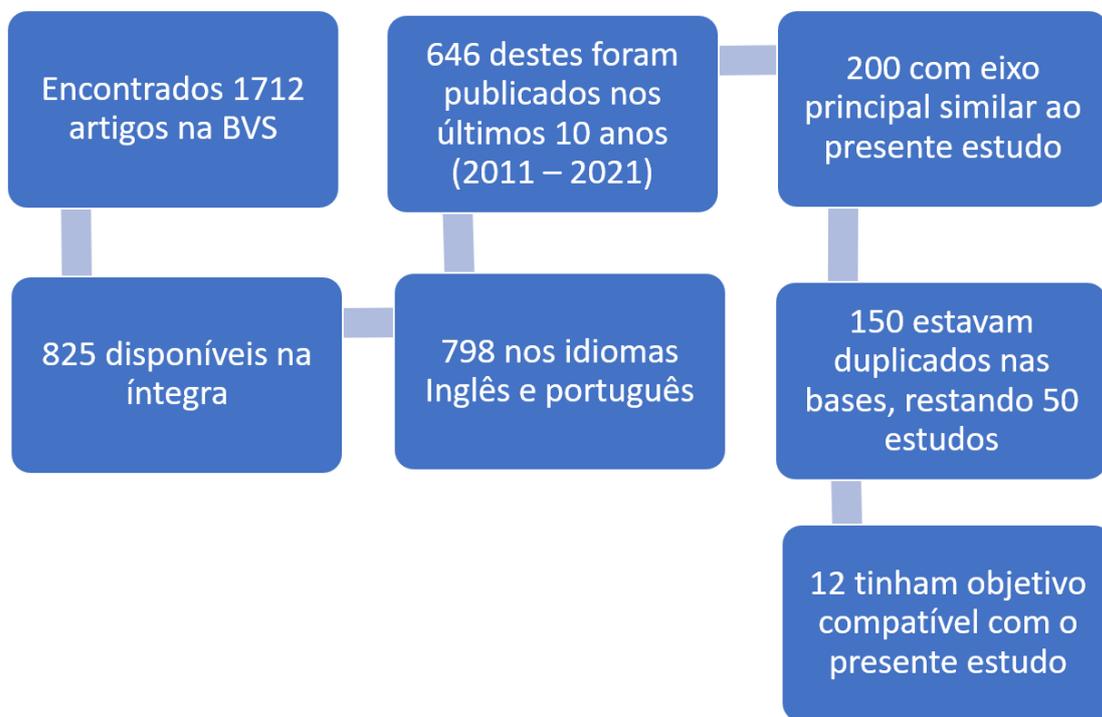
selecionados 12 por corresponderem ao objetivo deste estudo, sendo estes, todos os que estão presentes no quadro 1 e no fluxograma 1. Quanto a base de dados CAPES, não foram encontrados estudos relevantes para utilização no presente trabalho.

A revisão foi realizada em 6 etapas, garantindo a análise adequada da literatura, são essas: Definição de tema e estruturação do problema e questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, leitura superficial dos trabalhos encontrados, organização dos estudos identificados com temática semelhante a este, leitura aprofundada para definição dos estudos selecionados e dos dados a serem utilizados e por fim, apresentação dos resultados obtidos e finalização das ideias principais.

Além das etapas descritas, foi construído através dos dados obtidos, um quadro comparativo com todos os artigos utilizados para embasamento teórico do presente trabalho, apresentando o título, autor/ano, periódico, objetivo, Tipo de estudo/local e principais resultados das publicações analisadas.

Não foi necessária a solicitação de aprovação do Comitê de Ética, visto que se trata de uma revisão integrativa da literatura, porém, houve comprometimento com os dados coletados das produções, respeitando as ideias dos autores, referenciando-os, como preconiza a Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Figura 1: Fluxograma da busca realizada nas bases de dados BVS.



### 3 RESULTADOS

Foram identificados um total de 12 estudos relacionados à temática estudada neste trabalho, entre eles, 03 da BDNF, 04 da PUBMED, 03 da SCIELO e 02 da MEDLINE, destes 12 estudos, 50 % (06 estudos) foram realizados no Brasil e 50% (06 estudos) em outros países, como, Carolina do Norte, Japão, Estados Unidos e alguns países da União Europeia. Quanto aos métodos encontrados: 01 tratam-se de estudos epidemiológicos, 02 (16,7%) de estudos controlados, 02 estudo coorte, 6 (16,7%) pesquisas qualitativas e 01 randomizado.

Quadro 1: Relação de artigo utilizados como referências (Abril/2021)

TÍTULO	AUTOR/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO/LOCAL	PRINCIPAIS RESULTADOS
Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios.	ACOSTA <i>et al.</i> , 2018	BDNF	Analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado ao paciente com alta hospitalar.	Estudo quantitativo, transversal, realizado no Rio Grande do Sul.	Observou-se que a maioria das atividades foi quanto a esclarecimento de dúvidas durante as orientações de alta e orientações sobre continuidade dos cuidados com a equipe de saúde de referência. As atividades menos realizadas foram o acompanhamento do paciente após alta e a comunicação com equipe da unidade de saúde de referência. As maiores dificuldades foram referentes à realização de encaminhamentos do hospital para a Atenção Primária à Saúde, foi à comunicação entre os profissionais de saúde e pouca formação em serviço para qualificação dos profissionais.
Eficácia do projeto BOOST de um esforço multi-hospitalar para reduzir a reinternação.	HANSEN, <i>et al.</i> , 2013	PUBMED	Determinar o efeito do Projeto BOOST (Melhores Resultados para Idosos por meio de Transições Seguras) nas taxas de reinternação e no tempo de internação.	Estudo pré - pós semi-controlado. Realizado nos Estados Unidos.	O Projeto Boost visa a implementação das melhores práticas assistenciais com o objetivo de redução da readmissão hospitalar. Práticas como intervenção clínica da equipe de saúde, em especial dos enfermeiros, implantação de prontuários eletrônicos, garantindo execução adequada do planejamento e até mesmo coleta de dados efetiva e contínua.
Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo.	FLESCHE; ARAUJO, 2014	SCIELO	Conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio.	Estudo exploratório qualitativo realizado em um hospital público localizado no Distrito Federal.	A amostra manifestou satisfação com as informações recebidas sobre diagnóstico, prognóstico, ajuda emergencial, achados clínicos, medicação, alimentação, equipamentos/suprimentos médicos e informações recebidas após a alta sobre cuidados. Porém, 50% dos respondentes expressaram insatisfação em relação às informações recebidas sobre sintomas não urgentes que pudessem vir a ocorrer no período pós-alta.

Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.	VERAS; OLIVEIRA, 2018	SCIELO	Descrever o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde do idoso.	Artigo original qualitativo realizado no Rio de Janeiro.	Os cuidados relacionados ao idoso, em especial no momento de alta hospitalar, devem ser realizados de maneira completa e holística, visando não só o cuidado centrado na doença, mas também o contexto social ao qual o idoso está inserido, garantindo uma transição completa e eficaz, com a inserção do ciclo familiar do idoso nas orientações e cuidados.
Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados.	LIMA <i>et al.</i> , 2015	BDENF	Conhecer a satisfação de idosos hospitalizados com os cuidados de Enfermagem	Trata-se de um estudo descritivo, de coorte transversal e abordagem quantitativa.	Apesar da necessidade de diversas orientações no cuidado transicional, com treinamento devido e estrutura adequada, pode-se observar uma transição efetiva e de qualidade, até mesmo com reconhecimento de pacientes e familiares, bem como um cuidado integral e contínuo.
Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar.	WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019	SCIELO	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas e verificar sua associação com a readmissão hospitalar em até 30 dias após a alta.	Estudo epidemiológico transversal com 210 pacientes com doenças crônicas que tiveram alta de um hospital no Sul do Brasil.	A transição de qualidade está baseada nos cuidados e nas orientações adequadas prestadas ao paciente, familiar e /ou cuidador. No momento em que o enfermeiro, junto a equipe multiprofissional planeja e alta de forma completa e realiza os devidos encaminhamentos e orientações, a alta é efetivada de maneira coerente. Todo o planejamento e execução de cuidados e orientação, devem ser realizados inserindo a família e o cuidador de referência do paciente, para que no momento que o mesmo vá ao domicílio, a qualidade do cuidado seja o mesmo, evitando readmissões.
Sistematização da alta de enfermagem - uma análise a partir de Roy.	NUNES; MENEZES, 2016	BDENF	Analisar o processo de sistematização da alta hospitalar a partir Modelo de Adaptação de Roy.	Trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido em hospital público do interior da Bahia	Pode-se observar que os profissionais de enfermagem cultivam um comportamento simplista com relação ao seu papel diante da alta hospitalar, ou seja, não se aprofundam nas orientações relacionadas a alta e nas capacitações do familiar ou responsável pelo paciente, afetando a sua relação de cuidado ao binômio no que tange à promoção da sua saúde e qualidade de vida.
O programa de alta hospitalar reprojeto para diminuir a reinternação.	JACK; BICKMORE , 2011	PUBMED	Testar os efeitos de uma intervenção projetada para minimizar a utilização do hospital após a alta.	Ensaio randomizado, realizado em um serviço médico geral em hospital urbano, acadêmico, com rede de segurança.	A intervenção RED é um programa de ações de planejamento da alta hospitalar para garantir a menor reinternação. Esta intervenção diminuiu a readmissão do hospital (visitas combinadas ao departamento de emergência e readmissões) dentro de 30 dias após a alta em cerca de 30% entre os pacientes em um serviço médico geral de um centro médico acadêmico urbano.
Os pacientes recebem alta com cuidado? Um estudo qualitativo	HESSSELIN K <i>et al.</i> , 2016	PUBMED	Explorar as barreiras e facilitadores para o cuidado centrado no	Um estudo qualitativo usando amostragem intencional na União Europeia.	O envolvimento de pacientes e familiares nos preparativos para alta é determinado pelo grau em que os prestadores de cuidados estão dispostos e são capazes de acomodar as capacidades, necessidades e preferências dos pacientes e familiares.

de percepções e experiências de pacientes, familiares e prestadores de cuidados.			paciente no processo de alta hospitalar.		
Risco de readmissão hospitalar entre pacientes idosos que receberam alta da unidade de reabilitação em um hospital comunitário rural: um estudo de coorte retrospectivo	OHTA; SANO, 2021	PUBMED	Esclarecer a duração do cuidado domiciliar após a alta de uma unidade de reabilitação de um hospital rural.	Estudo de coorte retrospectivo de pacientes com mais de 65 anos que foram internados no Hospital da cidade de Unnan para doenças agudas e transferidos para a unidade de reabilitação.	A assistência de qualidade, o planejamento da alta, a execução do plano de cuidados, bem como a orientação adequada, um IMC mais alto, garante a redução nos riscos de reinternações. Idosos com boa nutrição e cuidadores bem orientados, qualifica a transição hospitalar. Além disso, há 2 fatores que podem levar a readmissão, polifarmácia (uso de muito medicamentos de rotina) e a baixa cognição dos pacientes, visto que, ambos os fatores mascaram sinais e sintomas leves e podem levar a intercorrências mais graves, que necessitam de internações.
Cuidados de transição de instalações de enfermagem qualificadas para casa: protocolo de estudo para um ensaio randomizado de cluster em cunha em degrau.	TOLES <i>et al.</i> 2021	MEDLINE	Testar a eficácia do Connect-Home usando um projeto de ensaio randomizado de cluster escalonado, com avaliação de resultados cegos, para pacientes gravemente enfermos com alta para casa e seus.	Ensaio clínico controlado e observacional realizado na Carolina do Norte, EUA	A equipe de enfermagem deve ser amplamente treinada e capacitada a fim de melhorar o processo transicional, bem como, utilizar de estruturas específicas para adequar o ambiente que o idosos estará inserido, alinhado com as suas necessidades. Prevenir intercorrências evitáveis a pacientes com doenças crônicas e promover as orientações adequadas dos cuidados transitórios aos cuidados e familiares que irão realizar a assistência, garantindo continuidade e qualidade no processo.
Projeto ACHIEVE - usando pesquisa de implementação para orientar a avaliação da eficácia do cuidado transicional	LI <i>et al.</i> , 2016	MEDLINE	Fornecer orientação detalhada, baseada em evidências e abrangente para o desenho, adaptação apropriada, implementação e sustentação de programas de CT para melhorar os	Estudo qualitativo e quantitativo através de pesquisa de implementação, realizado nos EUA;	Embora a melhoria do cuidado transicional seja uma prioridade para melhoria da qualidade e segurança do paciente com várias iniciativas nacionais implementando várias combinações de intervenções para melhorar a qualidade das transições do cuidado, os pacientes e cuidadores ainda encontram atenção fragmentada e desorganizada ao se moverem entre os serviços de saúde configurações de cuidados.

			resultados do paciente e do cuidador em diversos contextos de saúde e comunitários.		
--	--	--	---	--	--

## 4 DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocasiona grandes desafios à saúde pública que ainda não está preparada para os cuidados com essa faixa etária. Os serviços de saúde não estão adaptados para o atendimento à população idosa seja na disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, seja na escassez de profissionais capacitados na área de gerontologia (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A transição do cuidado do hospital para o domicílio é regida por diversos desafios, tanto por parte da equipe multiprofissional que assiste ao paciente, como por parte do idoso, do cuidador e/ou dos familiares. Conforme traz, Hesselink *et al.*, (2016), esse processo necessita de profissionais capacitados e com uma visão ampliada frente ao cuidado centrado no paciente, que disponha de boa comunicação com a rede de apoio, bem como preparação técnica para realizar uma boa orientação aos envolvidos, garantindo assim uma transição completa e de qualidade (OHTA; SANO, 2021)

O processo transicional do idoso deve ser iniciado antes do planejamento da alta do hospital, onde os cuidados não se concentram na prestação da assistência ao paciente, mas também na preparação dos cuidadores e familiares para a continuidade no processo. Flesh e Araújo (2014) relatam a importância e os desafios que a apresenta, como: ausência de comunicação efetiva, falta de capacitação específica, falta de recursos na alta e pós alta. O estudo traz como desafio maior, a orientação completa e eficaz à rede de apoio ao idoso.

A qualidade no processo de transição e alta hospitalar, depende da atuação e comunicação dos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). As etapas descritas por Hesselink *et al.* (2016), diz que devem ser feitas de forma a sanar todas as dúvidas dos responsáveis, tanto relacionado aos cuidados básicos, como em situações de eventos adversos. Essas etapas são atribuídas as orientações como na garantia de procedimentos executados com qualidade, preparar o ambiente para o processo de cuidado domiciliar, sanar as dúvidas eventuais e acompanhar a assistência dentro do ambiente doméstico e cuidados relacionados aos pacientes e familiares que receberam alta.

Ainda segundo Hesselink *et al.* (2016), a equipe que oferece as orientações, precisa estar em constante sintonia, requerendo conhecimento do seu paciente e aos

cuidadores e a família, considerando que a transição e o processo de alta são complexos e muitas vezes exigem tempo e cautela, exigindo uma execução de forma sistemática e holística.

O profissional de enfermagem orienta não só quanto a realização de procedimentos em casos de urgências ou emergências, mas a prevenção de agravos à saúde, a realização dos procedimentos de rotina, a garantia de qualidade nos cuidados e até mesmo na identificação de sinais e sintomas (ACOSTA *et al.*, 2018). Todavia, Nunes e Menezes (2016), apresenta que apesar dos enfermeiros conhecerem a importância e atuação dentro do processo de transição, o que acontece na prática, é uma atuação ineficaz ou até mesmo inexistente, ou seja, muitas vezes a equipe conhece todo o processo ideal que garante a qualidade da assistência, mas não o aplica.

A falta de execução da assistência pode estar relacionada tanto com o desconhecimento de como as etapas deveriam ser realizadas, havendo a necessidade de capacitação prática por parte das instituições, ou até mesmo pela ausência de recursos, pois dentro da unidade hospitalar há uma necessidade de uma dinâmica ágil para liberação de leitos, processo que pode interferir diretamente, o que acaba por acelerar todo o processo de internação levando a um déficit de aprendizado por parte dos cuidadores/familiares e da própria pessoa idosa e familiares (LI, J. *et al.*, 2016).

Conforme Jack e Bickmore (2011), às internações hospitalares quando se referem ao idoso, são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias, por isso se faz importante as orientações e visitas domiciliares antes da efetivação da alta. O objetivo é acompanhar o quadro clínico, analisar a realização de cuidados prestados, identificar possíveis agravos, além de reavaliar e atualizar o plano de cuidados a fim de evitar reinternações.

A reinternação não traz acometimentos e riscos só ao paciente idoso, traz a toda sua rede de apoio, problemas no transporte e manipulação deste paciente, medo e anseio com o retorno ao ambiente hospitalar e até mesmo disposição de tempo e recursos para o retorno ao hospital. Por isso, o planejamento do cuidado, realizado pela equipe multiprofissional é importante juntamente com o enfermeiro (OHTA; SANO, 2021). Cada mudança no planejamento cabe ao enfermeiro orientar e

capacitar ao responsável pelo idoso a execução deste, visando a continuidade no processo de forma segura (NUNES; MENEZES, 2016).

Quanto maior for a segurança e excelência da assistência de enfermagem, melhor o processo de alta e dentro da unidade domiciliar a prevenção e cuidado aos agravos, será mais seguro ao idoso que terá menor chance de reinternação (JACK; BICKMORE, 2011).

Weber, Lima e Acosta (2019), trazem em seu estudo as grandes dificuldades encontradas para execução de forma completa e satisfatória referente ao processo de Transição Hospital/Domicílio, como por exemplo, comunicação ineficaz, tanto entre a equipe multiprofissional, como entre profissional e responsável pelo idoso, tempo insuficiente para comunicação e orientação do plano de cuidados ao paciente e responsáveis, dificuldade de compreensão por parte da família e/ou cuidador, ausência de capacitação aos enfermeiros quanto a transição do cuidado. As dificuldades fragilizam o processo de transição reduzindo a qualidade do serviço assistencial prestado (HANSEN *et al.*, 2013).

Ainda segundo Hansen *et al.* (2013), os pacientes, cuidadores e familiares temem a reinternação, apresentando muitas dúvidas, anseios e medos, sendo a enfermagem o vínculo mais direto e confiável, com maior contato dentro do ambiente hospitalar. Por isso é importante que a equipe de enfermagem conheça não só seu papel, como a execute, e a realize de forma correta e completa, pois a segurança, o vínculo e a assistência, não podem ser fragilizados e/ou fragmentada quando o idoso adentra o ambiente doméstico, pois será esse, por anos, o local que o mesmo estará inserido.

Toles *et al.* (2021), reforça a importância do enfermeiro no processo transicional, onde o mesmo não só é responsável pelo contato direto com o paciente, como também é mantenedor dos cuidados em todo o seu processo holístico e integral. O idoso traz toda uma carga social e emocional atrelada, ou seja, todo o seu entorno deve fazer parte do planejamento, desde a estrutura física do ambiente, ponto que também é citado por Jack e Bickmore (2011) e Hesselink *et al.* (2016), até a fisiopatologias e cuidados voltados a assistência direta.

Dentro do processo transicional existem vários modelos que auxiliam na realização pela equipe, em especial, pelos profissionais de enfermagem, como: Modelo de Cuidado de Transição (TCM) que incorpora os principais fundamentos da

transição do cuidado, como o planejamento de alta e o acompanhamento no domicílio. O Care Transitions Intervention (CTI) é um programa que realiza o cuidado de transição através do acompanhamento de pessoas idosas hospitalizadas em programação de alta para o domicílio, durante um período de 4 semanas. O outro modelo é Projeto BOOST (Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions), projetado para ajudar a controlar reinternações hospitalares não planejadas e aprimorar o fluxo de informações entre os acompanhantes de pacientes internados e ambulatoriais (HANSEN *et al.*, 2013; VERAS; OLIVEIRA, 2018; NUNES; MENEZES, 2016; JACK; BICKMORE, 2011; LI *et al.*, 2016).

Outros modelos são, O Project Re-Engineered Discharge (Project RED) e o Projeto Chronic Care Model (CCM), o Project RED é realizado por enfermeiros(as) treinados(os) com um auxílio de uma assistente virtual que passa orientações sobre o plano de cuidados definido para o paciente, incluindo orientações relacionadas à doença e ao tratamento, instruções de cuidados pós-alta com um plano de emergência, transmissão do resumo de alta e reforço telefônico de acompanhamento, já o Projeto Chronic Care Model (CCM) incorpora os principais fundamentos da transição do cuidado, como o planejamento de alta e o acompanhamento no domicílio, com foco no paciente, oferecendo cuidado seguro e eficaz a idosos com doenças crônicas (HANSEN *et al.*, 2013; VERAS; OLIVEIRA, 2018; NUNES; MENEZES, 2016; JACK; BICKMORE, 2011; LI *et al.*, 2016).

A realização de treinamentos a equipe de enfermagem através da educação continuada, bem como, utilização de projetos e/ou modelos transicionais, auxiliam na execução de alta com qualidade e da transição hospital-domicílio de forma eficaz.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado de transição à pessoa idosa é realizado de maneira incompleta e sem assistência dos profissionais depois que o idoso vai para casa. Esse processo transicional precisa ser iniciado antes da alta hospitalar, quando a equipe de enfermagem prepara o paciente e a família para os cuidados domiciliares através da orientação quanto à assistência, esclarecendo as dúvidas existentes no processo.

A rede hospitalar carece de protocolos estruturados e educação continuada voltada a transição hospital-domicílio, como forma de capacitar e garantir a qualidade do processo. Além disso, faz-se necessário a flexibilização do tempo disponibilizado para realização dessas atividades, visto que, as mesmas não devem ser realizadas de forma apressada ou pulando etapas para não deixar lacunas. O Enfermeiro responsável pelo idoso precisa estar seguro dos cuidados para garantir a continuidade adequada da assistência no domicílio.

Apesar do envelhecimento populacional, o investimento na saúde do idoso cresce inversamente proporcional com esta realidade, enfermeiros sentem-se inseguros para prestar assistência, idosos sentem-se desassistidos no processo e os familiares negligenciados e despreparados, por isso, este estudo faz-se extremamente relevante para contribuição não só no âmbito acadêmico, mas como no desenvolvimento de protocolos mais efetivos que incluam esse perfil populacional.

Desse modo, espera-se com essa pesquisa auxiliar os enfermeiros (as) acerca da compreensão e implementação do cuidado de transição de forma adequada, uma vez que este trabalho pode elencar estratégias que auxiliem no desenvolvimento da atuação destes profissionais, visando à educação continuada e assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, A. M. *et al.*, Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE on line**, V. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Bonfim EG, Coelho KSC, Pasinato MT, De Oliveira MR, Veras RP, elaboração técnica. Rio de Janeiro: ANS; 2013.
- CASTIGLIONI, A. H. **Inter-relações entre os processos de transição demográfica, envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil**. In: V Congresso de ALAP Las transiciones em America Latina y el Caribe. Cambios demográficos, 2012.
- DELATORRE, P.G., *et al.*, Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, V. 7, p. 7151-7159, 2013.
- DUSEK, B. *et al.*, Care transitions a systematic review of best practices. **J Nurs Care Qual.**, V. 30, n.3, p. 233-239, 2015.
- ENDERLIN, C. A., *et al.*, Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. **C.A. Enderlin et al. / Geriatric Nursing**, V. 34, p. 47-52, 2013.
- FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estud. psicol. (Natal) [online]**, vol.19, n.3, pág. 227-236, 2014
- HANSEN, L. O. *et al.* Project BOOST effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, v. 8, n. 8, pág. 421-427, 2013.
- HESSELINK, G. *et al.*, Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. **BMJ Qual Saf**, 2016.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018: IBGE; 2019. Disponível em: <[21](https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html#:~:text=A%20expectativa%20de%20vida%20dos,longevidade%3A%2079%2C9%20anos.> https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018.html#:~:text=A%20expectativa%20de%20vida%20dos,longevidade%3A%2079%2C9%20anos.></a>> Acesso em: 08 de set. de 2020.</p><p>JACK, B.; BICKMORE, T. The re-engineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. <b>Care Management</b>, Rockville, v. 25, pág. 12-15, 2011.</p><p>KABLE, A., <i>et al.</i> Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with dementia and their carers: a qualitative descriptive study. <b>BMC Health Services Research</b>, 2015.</p><p>LI, J. <i>et al.</i> Project ACHIEVE – using implementation research to guide the evaluation of transitional care effectiveness. <b>BMC Health Services Research</b>, 2016.</p><p>LIMA JUNIOR, J. R. M. <i>et al.</i> Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. <b>O Mundo da Saúde</b>, v. 39, n. 4, pág. 419-432, 2015.</p><p>MALACHIAS, M.V.B., <i>et al.</i> 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. <b>Arq Bras Cardiol</b>: 2016.</p><p>MANTOVANI, M. F. <i>et al.</i> Protocolos clínicos na orientação de pessoas com doença crônica. <b>Cogitare Enfermagem</b>, Curitiba, v. 20, n. 4, pág. 821-828, 2015.</p><p>MARQUES, F.L.G.; LIEBER, N.S.L. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. <b>Rev. de Saúde Coletiva</b>, v.24, n.2, pág.401-420, 2014.</p></div><div data-bbox=)

NUNES, E. C. D. A.; MENEZES, N. A. F., Systemization of nursing discharge – an analysis based on Roy. **Rev enferm UFPE on line**, V. 21, n. 2, pág. 01-09, 2016.

OHTA, R.; SANO, C. Risk of Hospital Readmission among Older Patients Discharged from the Rehabilitation Unit in a Rural Community Hospital: a retrospective cohort study. **Journal Of Clinical Medicine**, v. 10, n. 4, p. 659-670, 2021.

OLIVEIRA, Anderson Silva. **Envelhecimento Populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas em Viana/ES**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Geografia, Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

SOUZA, M.T *et al.*, Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**, V.8, pág. 102-106, 2010.

TOLES, M. *et al.* Transitional care from skilled nursing facilities to home: study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial. **Trials**, v. 22, n. 1, p. 01-15, 5 fev. 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D, S.; ACOSTA, A. M. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan [online]**., vol.19, n.4, 2019.