

# Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa

*Hospital transition care for the elderly: an integrative review*

*Cuidados de transición hospitalar a la persona idosa: revisión integrativa*

**Tânia Maria de Oliva Menezes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5819-0570

**Ana Luíza Barreto de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3773-6348

**Lucivalda Barbosa Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6407-2893

**Raniele Araújo de Freitas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-9367-3639

**Larissa Chaves Pedreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8939-324X

**Sylvia Maria Cardoso Bastos Veras<sup>11</sup>**

ORCID: 0000-0002-5326-5235

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>11</sup> União Metropolitana de Educação e Cultura, Salvador, Bahia, Brasil.

## Como citar este artigo:

Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):294-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>

## Autor Correspondente:

Tânia Maria de Oliva Menezes  
E-mail: [tomenezes50@gmail.com](mailto:tomenezes50@gmail.com)



**Submissão:** 07-05-2018

**Aprovação:** 31-07-2018

## RESUMO

**Objetivo:** identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado à pessoa idosa. **Método:** revisão integrativa, com busca de publicações nas bases de dados MEDLINE, PubMed, LILACS, BDNF, Index Psicologia e SciELO, com as palavras-chave e Mesh terms: idoso, hospitalização, alta do paciente, saúde do idoso e cuidado transicional, entre 2013 e 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol. A análise dos 14 artigos selecionados deu-se por meio da leitura exploratória e crítica dos títulos, resumos e dos resultados das pesquisas. **Resultados:** os cuidados de transição podem evitar re-hospitalizações, à medida que permitem a reabilitação, promoção e cura de enfermidades na pessoa idosa. **Considerações finais:** os cuidados transicionais implicam na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, sendo necessários profissionais de saúde habilitados e que envolvam a família através de comunicação acessível.

**Descritores:** Idoso; Saúde do Idoso; Hospitalização; Cuidado Transicional; Alta do Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** to identify evidence of scientific production on hospital transition care provided to the elderly. **Method:** an integrative review, with publications search in the MEDLINE, PubMed, LILACS, BDNF, Index Psychology and SciELO databases, with keywords and Mesh terms: elderly, hospitalization, patient discharge, health of the elderly, and transitional care, between 2013 and 2017 in English, Portuguese and Spanish. The 14 selected articles analysis was carried out through exploratory and critical reading of titles, abstracts and results of the researches. **Results:** transitional care can prevent re-hospitalizations as they enable rehabilitation, promotion and cure of illnesses in the elderly. **Final considerations:** transitional care implies the improvement of the quality of life of the elderly person, requiring skilled health professionals who involve the family through accessible communication.

**Descriptors:** Elderly; Health of the Elderly; Hospitalization; Transitional Care; Patient Discharge.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar evidencias de la producción científica sobre los cuidados de transición hospitalaria prestados al anciano. **Método:** una revisión integrativa con búsqueda de publicaciones en las bases de datos MEDLINE, PubMed, LILACS, BDNF, Índice de Psicología y SciELO con palabras clave y Mesh terms: ancianos, hospitalización, alta de los pacientes, la salud y cuidado de personas mayores de transición entre 2013 y 2017, en Inglés, portugués y español. El análisis de los 14 artículos seleccionados se dio por medio de la lectura exploratoria y crítica de los títulos, resúmenes y de los resultados de las encuestas. **Resultados:** los cuidados de transición pueden evitar re-hospitalizaciones, a medida que permiten la rehabilitación, promoción y cura de enfermedades en lo anciano. **Consideraciones finales:** los cuidados transicionales implican en la mejora de la calidad de vida de la persona mayor, siendo necesarios profesionales de salud habilitados y que involucran a la familia a través de comunicación accesible.

**Descriptorios:** Anciano; Salud del Anciano; Hospitalización; Cuidado de Transición; Alta del Paciente.

## INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas no Brasil vem aumentando de maneira significativa, sendo o serviço de saúde um dos setores que sofre maior impacto com a mudança na estrutura etária, visto que muitos idosos são acometidos por doenças crônicas e/ou degenerativas que, quando agudizadas, podem levar à necessidade de hospitalização.

Entre 2002 e 2011, houve no Brasil 20.590.599 internações hospitalares de pessoas idosas no âmbito do SUS, representando 27,85% do total de internações e 36,47% dos recursos pagos por elas<sup>(1)</sup>. Os principais acometimentos de saúde estão associados às doenças crônicas e à ineficácia da promoção da saúde e prevenção de agravos. Tais efeitos podem ser diminuídos através da efetivação de políticas públicas abrangentes, bem como por ampliações das ações de promoção, prevenção e tratamento de maneira oportuna e adequada para as doenças mais incidentes na pessoa idosa<sup>(2)</sup>.

Nesse seguimento, destaca-se a transição de cuidados definida como um conjunto de ações que visa assegurar a continuidade da assistência entre transferências de diferentes níveis de cuidado ou transferência de local<sup>(3)</sup>. Nessa situação, pode haver mudança no estado funcional ou de saúde da pessoa acometida, principalmente se esta for idosa, necessitando de preparo para a nova situação<sup>(4)</sup>.

Logo, os cuidados de transição devem ser planejados e iniciados ao longo do internamento hospitalar, embora na prática observa-se que estes acontecem de forma pontual. Autores sinalizam a importância desse tempo, pois permite a participação da pessoa acometida e seus familiares, auxiliando na adaptação ao novo ambiente de cuidado<sup>(5-6)</sup>, evitando eventos adversos e reinternações<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, o preparo para a alta hospitalar se configura como um cuidado transicional por preconizar a continuidade dos cuidados desenvolvidos, inicialmente, no ambiente hospitalar. Acredita-se que esta análise favorecerá o entendimento sobre o processo de cuidado à pessoa idosa em seu preparo para a saída e possibilitará a identificação de possíveis lacunas do conhecimento acerca da temática abordada.

## OBJETIVO

Identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado à pessoa idosa.

## MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, método de investigação que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca do tema investigado, sendo o seu resultado, o estado atual do conhecimento sobre o tema em pauta, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde, redução de custos e identificação de lacunas que podem levar ao desenvolvimento de novas pesquisas<sup>(8)</sup>.

Para esta revisão, foram seguidas seis etapas: 1) Estabelecimento do problema da revisão ou da questão de pesquisa: quais as evidências da literatura científica sobre os cuidados de transição prestados à pessoa idosa? 2) Amostragem ou busca

na literatura científica, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão; 3) Categorização dos estudos, seguindo o Protocolo de leitura previamente elaborado, com o objetivo de extrair os dados significativos, conforme objeto de investigação, para organização e sumarização das informações; 4) Avaliação das informações obtidas, com sua análise crítica; 5) Interpretação dos resultados, com sua discussão e propostas de recomendação; 6) Síntese do conhecimento ou apresentação da revisão, com resumo das evidências disponíveis e detalhamento da revisão<sup>(9)</sup>.

A revisão de literatura constitui-se em estudo de Práticas Baseadas em Evidência (PBE), no qual prevê uma metodologia que foque em algum tratamento ou meio diagnóstico efetivo, baseado em estratégias para avaliação da qualidade dos estudos e mecanismos para a implementação na assistência, exigindo adequada construção da pergunta de pesquisa e de busca bibliográfica, em destaque para a estratégia PICO<sup>(10)</sup>. Esta pode ser utilizada na construção de questões de pesquisa de diversos tipos (clínico, recursos humanos e materiais, entre outros) maximizando a recuperação de evidências nas bases de dados, dando ênfase no escopo da pesquisa e evitando a realização de buscas desnecessárias. PICO representa a junção das primeiras letras das palavras: Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" - Desfecho<sup>(10)</sup>.

O quadro abaixo descreve a estratégia utilizada na etapa 1, na qual a formulação da pergunta e busca de evidências foi guiada pela estratégia PICO:

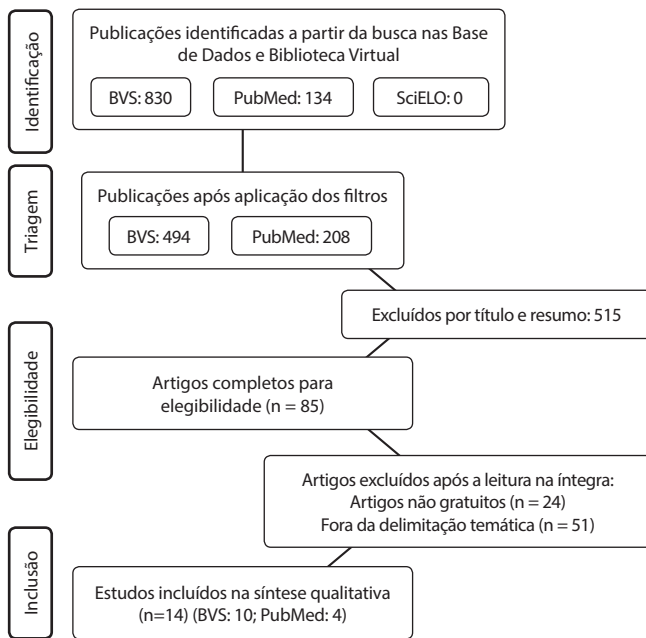
**Quadro 1** - Descrição da estratégia PICO, 2017

Iniciais	Descrição	Análise
P	Paciente	Pessoa idosa.
I	Intervenção	Cuidados de transição para continuidade e efetividade do cuidado ao idoso após processo de hospitalização/transferência.
C	Comparação	As consequências da não oferta do cuidado de transição à pessoa idosa após hospitalização e/ou transferência para domicílio.
O	Desfecho	A relevância do cuidado de transição à pessoa idosa para promoção, reabilitação e/ou cura no processo saúde-doença.

A utilização do operador booleano delimitador "AND" foi escolhido, a fim de restringir os achados do cuidado de transição prestados à pessoa idosa hospitalizada.

Na etapa 2, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos revisados por pares sobre aspectos evidenciados dos cuidados de transição prestados à pessoa idosa; textos completos nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis gratuitamente; publicações entre 2013 e 2017, por considerar que o tema é recente e ainda pouco implementado na realidade brasileira.

Além dos critérios de inclusão citados acima, no processo de seleção e avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi utilizada a classificação quanto ao nível de evidência científica<sup>(11)</sup>. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos, sendo considerados apenas uma vez; monografias, dissertações, teses; artigos de revisão e reflexão. A Figura 1 apresenta o fluxograma da busca nas bases de dados e o processo de seleção e inclusão dos artigos:



**Figura 1** - Fluxograma da busca nas bases de dados PubMed, Lilacs, MEDLINE, Index Psicologia, SciELO, 2018

Para a etapa 3, em janeiro de 2018 foram feitas buscas nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* – SciELO; bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Index Psicologia, utilizando os seguintes Descritores de Ciências em Saúde (DECS) da BVS e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library*, para conhecimento dos descritores universais: “Idoso/Aged” AND “Hospitalização/Hospitalization” AND “Alta do Paciente/Patient Discharge”, “Saúde do Idoso/Healthy of the Elderly” e “Cuidado Transicional/Transitional Care”, que foram combinados de diferentes formas para garantir uma busca ampla.

Ao utilizar os descritores em português através do operador booleano “AND” na base de dados da SciELO, não foram encontrados artigos sobre o tema. Nas bases de dados selecionadas da BVS foram encontrados 1.456 artigos. Aplicando os critérios de inclusão/exclusão restaram 494 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados 73 artigos elegíveis. Destes, 24 artigos possuíam custos para acesso e 39 não tinham aderência ao estudo, sendo selecionados dez artigos para a análise.

Ao realizar busca na base de dados PubMed, inicialmente selecionaram-se 1.602 artigos. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 208 artigos. Após a leitura dos títulos e resumo, identificaram-se 12 artigos. Com a leitura na íntegra, quatro artigos foram selecionados com aderência ao objeto de estudo.

Para favorecer a validação da seleção das publicações, os artigos potencialmente eleitos foram avaliados por três revisoras, de maneira independente, utilizando critérios de inclusão e exclusão supracitados e norteados pela pergunta de pesquisa. Com a utilização de um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos, o Teste de Confiabilidade JBI QARI *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research*<sup>(9)</sup>, cada revisora registrou sua avaliação e justificativa de inclusão ou exclusão do artigo

em um formulário que continha os respectivos títulos, resumos e base de dados.

Os resultados foram comparados e as discordâncias foram solucionadas por consenso entre as revisoras. Este processo de validação da seleção da amostra final das publicações possibilitou a inclusão de pesquisas que apresentassem consistências e contribuíssem para o alcance do objetivo. Ao final, permaneceram 14 estudos.

Para a coleta e análise dos dados que compõem a fase 4, foi elaborado um instrumento que constou de: título do periódico, nível de evidência, ano de publicação, país, idioma de publicação, local do estudo, categoria profissional dos autores do artigo, qualis do periódico e principais resultados, conforme o objeto do estudo. As etapas 5 e 6 correspondentes à análise dos estudos incluídos na revisão, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão seguem nos resultados e discussão do presente artigo.

O processo de análise dos dados ocorreu em dois momentos: no primeiro, foi realizada a leitura, descrição dos dados e construção dos quadros sinópticos abaixo; e no segundo momento, os dados foram agrupados por semelhanças, organizados e comparados, apontando semelhanças e diferenças. A apresentação dos resultados e análise dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, com a síntese de cada artigo.

## RESULTADOS

Ao observar o Quadro 2, nota-se que, no tocante ao ano de publicação dos artigos, o destaque foi em 2015, com seis artigos (42,8%), seguido do ano 2014, com três artigos (21,4%). O ano de menor publicação foi 2012, com um artigo (7,1%). Esse achado indica que o tema é recente, apresenta-se em crescente discussão e está sendo mais abordado em países estrangeiros, com predomínio de publicação na língua inglesa, com 13 (90%) artigos e apenas um (10%) em língua portuguesa.

Quanto ao país com maior número de publicações, destacam-se os Estados Unidos, com quatro (28,6%), seguido do Canadá, com três (21,4), evidenciando a América do Norte como centro de interesse pela temática.

O Qualis Enfermagem das revistas selecionadas foram A1 e B1, 5 (35,7%) cada, seguida de A2, 3 (21,4%), demonstrando publicação em periódicos de relevância. O único estudo publicado no periódico nacional não foi em Qualis expressivo, o que demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas sobre a temática em nosso meio, divulgando nos variados periódicos.

Em relação ao idioma de publicação, 13 (92,8%) artigos foram publicados em inglês. Apenas um (7,1%) em português, conduzido no Brasil, demonstrando a escassez de estudos sobre o tema no país.

Quanto à categoria profissional, os estudos sobre cuidado de transição à pessoa idosa são publicados por enfermeiros e outros profissionais da área da Saúde em revistas da área médica correspondendo a 13 (92,8%) artigos selecionados para o estudo com abordagem específica no campo da Geriatria. Contudo, houve também abordagem dessa temática na área da Psicologia. Porém, em apenas um (7,2%) dos artigos, ressaltando que o cuidado de transição perpassa, também, por uma abordagem interdisciplinar sugerindo que outras categorias profissionais busquem pesquisar sobre a temática de forma a atender à dimensão integral do ser, qualificando o cuidado.

**Quadro 2** - Caracterização dos artigos que compuseram o *corpus* de análise, 2017

Referência (Ano)	Local do estudo (País/Idioma)	Título do Periódico (Qualis)
A <sup>5</sup> (2014)	Hospital da rede pública do Distrito Federal (Brasil/Português)	Estudos de Psicologia (B4)
A <sup>12</sup> (2015)	<i>Vlietland Hospital</i> (Holanda/Inglês)	<i>BMC Health Serv Res</i> (A2)
A <sup>13</sup> (2013)	<i>University of Queensland School of Medicine</i> (Austrália /Inglês)	<i>European Journal of Internal Medicine</i> (B1)
A <sup>14</sup> (2015)	<i>University of Alberta e Royal Alexandra Hospital</i> (Canadá / Inglês)	<i>Canadian Medical Association Journal</i> (A1)
A <sup>15</sup> (2016)	Nove unidades de geriatria da região Rhône-Alpes da França (França/Inglês)	<i>BMC Geriatrics</i> (B1)
A <sup>16</sup> (2012)	<i>William S. Middleton Memorial Veterans Hospital</i> (EUA/Inglês)	<i>Health Affairs</i> (A1)
A <sup>17</sup> (2015)	<i>Singapore General Hospital</i> (Cingapura/Inglês)	<i>BMC Health Ser Res</i> (A2)
A <sup>18</sup> (2014)	Hospital de ensino da comunidade no Nordeste dos EUA (EUA/Inglês)	<i>Journal of the American Geriatrics Society</i> (A1)
A <sup>19</sup> (2016)	Estabelecimentos de enfermagem em cinco estados que utilizam <i>Centers for Medicare e Medicaid Service</i> (Canadá/Inglês)	<i>Annals of Surgery</i> (B1)
A <sup>20</sup> (2013)	<i>Madison VA Hospital</i> (EUA/Inglês)	<i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> (A1)
A <sup>21</sup> (2015)	<i>Western Hospital</i> – Austrália – Unidade de avaliação médica (Austrália/Inglês)	<i>BMC Geriatrics</i> (B1)
A <sup>22</sup> (2015)	<i>San Francisco General Hospital e Trauma Center (SFGH)</i> (EUA/Inglês)	<i>Journal of General Interm Medicine</i> (A1)
A <sup>23</sup> (2015)	<i>Intermediate Care Hospital (ICH)</i> (Noruega/Inglês)	<i>BMC Health Serv Res</i> (A2)
A <sup>24</sup> (2014)	<i>Community Care Access Center (CCAC)</i> (Canadá/Inglês)	<i>European Journal of Internal Medic</i> (B1)

**Quadro 3** - Principais resultados e recomendações dos artigos selecionados, 2018

Referência	Objetivo	Resultados e recomendações sobre os Cuidados de Transição
A <sup>5</sup>	Avaliar a viabilidade e os resultados da intervenção centrada na família destinada a promover a recuperação funcional da pessoa hospitalizada.	O envolvimento de pacientes, familiares e equipe de enfermagem na promoção dos cuidados de transição em idosos hospitalizados, prevendo a alta hospitalar segura, evita re-hospitalizações.
A <sup>12</sup>	Identificar a relação longitudinal entre experiências de pacientes idosos com atendimento hospitalar, qualidade percebida de cuidados integrados e qualidade de vida após hospitalização.	Cuidados de transição com atendimento integrado a pacientes idosos interferem diretamente na qualidade de vida destes após a alta hospitalar.
A <sup>13</sup>	Descrever a qualidade dos processos de transição em pacientes idosos frequentemente admitidos.	As oportunidades para uma melhor educação do paciente e do cuidador podem incrementar a adesão ao cuidado de transição prestado aos idosos de alto risco.
A <sup>14</sup>	Avaliar o impacto da fragilidade na readmissão ou na morte dentro de 30 dias após a alta das unidades de terapias intensivas.	Os cuidados de transição podem ser incorporados reduzindo tensões e riscos de readmissões, principalmente para aqueles que tiveram períodos prolongados de repouso no leito.
A <sup>15</sup>	Avaliar o impacto de um programa de cuidados de transição de um hospital para outro, para idosos admitidos em unidades de curta duração.	Cuidados de transição de baixa qualidade podem resultar em erros de medicação, descontinuidade dos planos de cuidados, insatisfação para os pacientes idosos e, conseqüentemente, readmissões.
A <sup>16</sup>	Avaliar o Programa Coordenação-Cuidados de Transição (C-TraC) utilizado em um hospital de Madison.	A implementação de um programa viável de cuidados de transição que diminui re-hospitalizações (C-TraC-baseado em telefone) proporciona um baixo custo de cuidados de transição.
A <sup>17</sup>	Avaliar se um programa de cuidados de transição operado pelo Hospital geral de Cingapura foi efetivo na redução da utilização de atendimentos de emergência e internações.	Pacientes que são submetidos aos cuidados domiciliares de transição possuem, significativamente, menor atendimentos de emergência e internações hospitalares.
A <sup>18</sup>	Conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio.	É importante que se tenha planejamento e coordenação do cuidado de transição e da alta hospitalar, para garantir a continuidade do cuidado integral ao idoso.

Continua



Continuação do Quadro 3

Referência	Objetivo	Resultados e recomendações sobre os Cuidados de Transição
A <sup>19</sup>	Avaliar pacientes idosos que saíram de cuidados especializados e identificar fatores de risco para o não retorno ao domicílio e morte, e desenvolvimento de uma ferramenta para determinar a probabilidade de resultados adversos.	Uma melhor compreensão da hospitalização e fatores de risco para o não retorno do domicílio, readmissão e morte deve ajudar a identificar oportunidades de intervenções para melhorar o resultado.
A <sup>20</sup>	Explorar experiências de familiares no ambiente hospitalar quando um paciente idoso recebe alta hospitalar para atendimento domiciliar, a fim de identificar aspectos que possam facilitar a participação de parentes em m ambiente mais maneira eficiente.	Objetivando resultados positivos nos cuidados de transição, a equipe de saúde precisa desenvolver mais habilidades de comunicação e colaboração ao orientar os familiares envolvidos no cuidado de transição.
A <sup>21</sup>	Investigar uma nova abordagem para identificar e abordar as necessidades dos cuidadores familiares após a alta hospitalar do idoso que recebe cuidados.	Para uma efetiva execução dos cuidados de transição, deve-se identificar e atender às necessidades dos cuidadores familiares após a alta hospitalar da pessoa idosa que recebe esses cuidados.
A <sup>22</sup>	Avaliar o efeito de uma intervenção de transição de cuidados hospitalares conduzida por enfermeiros sobre a experiência do paciente relacionada à alta hospitalar em uma população multilíngue de idosos hospitalizados.	Os projetos de cuidados de transição à população idosa, incluindo a atuação da enfermagem no sentido de orientação, de maneira segura, garantem melhoria na saúde e nas experiências desse idoso no pós-alta.
A <sup>23</sup>	Comparar a utilização de serviços de saúde por pacientes idosos em um município com os cuidados de transição para pacientes idosos em um município sem esses cuidados.	Anos após a introdução dos cuidados de transição, a duração da internação hospitalar para os pacientes com 60 anos ou mais foi reduzida consideravelmente, sem aumentar o número de admissões ou readmissões.
A <sup>24</sup>	Avaliar se há associação entre a presença do cuidador familiar e a realização dos cuidados de transição.	As seis propriedades que caracterizam as necessidades dos cuidados de transição são: avaliação da situação familiar única; informações práticas, educação e treinamento; participação no processo de planejamento; acordo entre cuidadores formais e informais; tempo para fazer modificações na vida pessoal; e preparo emocional.

O Quadro 3 apresenta os objetivos dos estudos e as sínteses das ideias apreendidas pelos artigos selecionados nesta revisão. Os resultados apontam que, ao preparar a pessoa idosa hospitalizada e seus familiares para a adaptação no domicílio após alta hospitalar, é notória a redução de custos e índices de re-hospitalizações.

## DISCUSSÃO

A pessoa idosa, ao ser hospitalizada, se torna um grande desafio para a equipe de saúde, pela complexidade das ações de cuidado a serem prestadas e vulnerabilidade existente ao longo da internação e após a alta<sup>(12)</sup>. Logo, a eficácia da abordagem multidisciplinar, a otimização da assistência médica e a revisão precoce no período pós-alta reduzem a utilização de cuidados nas instituições hospitalares<sup>(13)</sup>, levando à redução de custos com internações.

Neste aspecto, um artigo sugere a implantação de um programa telefônico para resolução de problemas possíveis no domicílio. A implementação de um programa viável de cuidados de transição que diminui re-hospitalizações (C-TraC-baseado, em telefone) apresenta resultados satisfatórios, operando em um custo relativamente baixo e que abrange outras configurações desafiadas pela distância geográfica, recursos limitados ou pacientes que se recusam as visitas da equipe voltadas para o cuidado em estudo<sup>(14)</sup>, o que pode contribuir para baixo custo no cuidado, diminuindo a necessidade constante da procura pelo serviço hospitalar.

Pesquisa na França indicou que 14% dos idosos com 75 anos ou mais foram hospitalizados 30 dias após alta hospitalar, por motivos evitáveis. Dentre esses motivos, alguns estão relacionados

ao estado clínico do paciente, como comorbidades, distúrbio músculo esquelético e outros; ao seu ambiente domiciliar e rede de apoio. Contudo, a deficiência do sistema de saúde em gerenciar a transição do cuidado do hospital para o domicílio é colocada como o principal fator para o retorno deste idoso ao ambiente hospitalar<sup>(15)</sup>.

Também é necessário identificar os fatores de risco que possibilitam o retorno da pessoa idosa ao ambiente hospitalar<sup>(16)</sup>, pois a rejeição da continuidade do tratamento, a ausência às consultas pós-alta, o uso indiscriminado de medicamentos, as readmissões e a morte podem ser resultados das experiências negativas do idoso durante a internação e condutas não aderidas<sup>(17)</sup>.

Estudos mostram a importância do cuidado de transição no processo de reabilitação, readaptação, intervenção, promoção e até mesmo cura da pessoa idosa durante o processo de alta hospitalar para o destino de origem<sup>(5,18)</sup> implicando de maneira significativa na menor taxa de re-hospitalizações desses indivíduos<sup>(12,15,19)</sup>.

O cuidado de transição inicia-se no momento da admissão, segue durante a hospitalização e permanece após a alta, pois a percepção sobre a qualidade de vida será totalmente resignificada a partir dessa experiência<sup>(13)</sup>. Em contrapartida, os ambientes hospitalares tratam apenas dos aspectos biológicos, não se projetando clinicamente e operacionalmente para apoiar e ajudar pessoas idosas a recuperar ou melhorar a funcionalidade e retomo às suas atividades após o período de internação<sup>(16)</sup>.

A intervenção efetiva para a transição do cuidado do hospital para o domicílio objetiva manter a continuidade da assistência e reduzir o surgimento de complicações. As ações devem acontecer em três distintas etapas: iniciando antes de o paciente sair do hospital, no momento da alta hospitalar e por último, no prazo de 48 horas e até 30 dias após a alta<sup>(13)</sup>.

A alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio, e quando ocorrem falhas na etapa de planejamento e execução da alta, leva a inferir que o profissional está desassistindo o paciente, transferindo o cuidado hospitalar, ou seja, devolvendo a família e excluindo a instituição hospitalar de sua responsabilidade<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, o planejamento da prestação do cuidado de transição é uma prática que deve ser desenvolvida dentro do ambiente hospitalar, utilizada como uma estratégia de cuidado, na qual a pessoa idosa está inserida no centro desse processo. Esse tipo de abordagem aumenta a qualidade do cuidado prestado, visto que oferece atividades e informações de acordo com a necessidade do paciente e, principalmente, preserva a sua individualidade e integridade<sup>(17)</sup>.

Muitas das readmissões da população idosa são devido à má comunicação entre a equipe de saúde e a família no que refere às orientações e cuidados pós-alta, bem como o planejamento deste, incluindo a reconciliação medicamentosa. Com isso, é preciso identificar intervenções e fatores facilitadores para execução dos cuidados de transição, objetivando o sucesso da alta hospitalar, evitando, assim, a readmissão dessas pessoas<sup>(18)</sup>.

A implementação dos cuidados de transição exige a presença do profissional médico e enfermeira desde a admissão, permanência e a alta da pessoa idosa do ambiente hospitalar. Durante a internação, é elaborado um plano de alta, com a proposta de avaliar o paciente nas suas reais condições clínicas, ao obter informações sobre as redes de apoio existentes fora do hospital, bem como fornecer orientações para o paciente e a família, com atenção especial para o uso de fármacos, agendamento das consultas e monitoração do quadro clínico<sup>(13)</sup>.

Intervenções bem sucedidas incluem educação sobre a alta ao paciente, reconciliação de medicamentos, melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e programação de acompanhamento ambulatorial antes da alta<sup>(16)</sup>, bem como desenvolver intervenções mais elaboradas e relevantes para apoiar adequadamente os pacientes e seus familiares durante o cuidado de transição. Acredita-se que há uma necessidade de os profissionais de saúde trabalhar estreitamente com os membros da família para identificar e resolver as necessidades do usuário dos serviços de saúde durante a transição do hospital para o domicílio<sup>(4)</sup>.

Para o sucesso do plano de cuidado transicional, destaca-se a participação do familiar durante o desenvolvimento das atividades recomendadas pós-alta hospitalar para a continuidade do cuidado no domicílio, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e, assim, do estado de saúde da pessoa idosa.

Concomitantemente, a transição hospital/domicílio foi identificada como um período de estresse para os membros da família que assumem o papel de cuidador. O estresse é muitas vezes precipitado pela falta de habilidades necessárias, conhecimentos e as ferramentas para o cuidado eficaz<sup>(4,13)</sup>.

Sobre as experiências da família com o profissional de saúde no momento que a pessoa idosa recebe alta, a fim de identificar aspectos que possam facilitar assumir o cuidado de maneira eficiente, os familiares apontam sentimentos de negligência por parte dos profissionais e da instituição hospitalar, bem como ausência de rotinas claras envolvendo-os no contexto da saída

para casa. Isso os deixou confusos, inseguros e preocupados com os cuidados futuros do paciente idoso<sup>(20)</sup>.

Assim, a presença do cuidador familiar na prestação do cuidado de transição ao idoso deve ser avaliada com muita cautela, pois vários fatores estão envolvidos, como nível de parentesco, escolaridade, idade, sexo, ocupação, residência, grau de aproximação com o paciente, há quanto tempo cuida e condições de saúde. Todos esses aspectos abordados serão articulados e utilizados no momento do planejamento da alta, pois irão embasar as orientações necessárias ao cuidador<sup>(21)</sup>.

Quando o profissional de saúde não consegue ajustar o vocabulário durante o planejamento da alta do paciente com as habilidades e conhecimentos dos familiares, dificulta a compreensão da informação, levando-o ao não entendimento e assim, a insegurança sobre o estado de saúde da pessoa idosa e as rotinas que deveriam ser seguidas após a alta, fazendo com que com que a transição da instituição para o domicílio não funcione como deveria<sup>(19)</sup>. Sendo assim, é necessário que nesse processo o cuidador seja orientado de tal forma para assumir, gerenciar e sustentar essa atividade<sup>(4,21)</sup>.

Nesta perspectiva, destaca-se o papel da enfermeira na utilização do plano de cuidados como a principal intervenção direcionada ao paciente e à família no momento da alta hospitalar. Através de uma comunicação efetiva, clara, objetiva e esclarecedora, ela deve motivar o idoso e o cuidador a assumir uma função mais ativa nesse processo. As orientações são oferecidas de forma que haja compressão, para que a manutenção do cuidado permaneça independente do cenário que ele ocorra<sup>(13)</sup>.

Deste modo, durante o planejamento e execução do cuidado transicional, torna-se imprescindível uma comunicação eficaz entre a pessoa idosa/família e o profissional de saúde, para que falhas nessa etapa não resultem em readmissões. Uma comunicação eficiente é baseada em um planejamento, que visa a educação contínua para a pessoa idosa e sua família no contexto do tratamento, manutenção de medicações e orientação das redes de apoio, permitindo uma melhor experiência após a alta, diminuindo a sobrecarga no domicílio<sup>(22)</sup>.

O impacto dos programas que envolvem ações de enfermagem na prevenção de readmissão hospitalar reflete a importância da enfermeira nesse tipo de assistência, pois está inserida em todo o processo da intervenção atuando diretamente desde a admissão da pessoa idosa até a saída dela para o domicílio, reunindo informações sobre a história clínica, rede familiar, condições de alta, ambiente domiciliar, uso de medicações, agendamento de consultas e assistência através da rede primária, orientando-a e seu cuidador sobre como deve ser organizado o seu cotidiano<sup>(13)</sup>.

O cuidado de enfermagem como objeto principal da prática da enfermeira inicia-se de maneira objetiva, com uma ação educacional sobre consultas e acompanhamentos, para manter o tratamento e orientação quanto ao uso de medicamentos que, muitas vezes, serão os mesmos do ambiente hospitalar, bem como alertar sobre o aparecimento de sinais e sintomas que representam risco à saúde e a necessidade de retorno ao ambiente hospitalar. Cabe ao profissional, também, atuar através de visitas domiciliares duas semanas após a sua saída. Esse tipo de cuidado avalia o impacto de um planejamento adequado na alta<sup>(22)</sup>.

A enfermeira desempenha importante papel no processo de intervenção durante o desenvolvimento dos cuidados de transição, devido à proximidade com paciente. Isso permite que a formação de um vínculo maior e uma eficácia melhor na comunicação, resultando em aspectos positivos na saúde da pessoa idosa.

A utilização de estratégias traz resultados favoráveis, quando minimizam as consequências das atividades de vida diária do idoso no momento da alta hospitalar. O cuidado de transição é visto, também, como uma prática de saúde intermediária, podendo atuar como uma extensão do hospital de referência, com um foco comunitário na prevenção de internação hospitalar desnecessária. Pacientes com cuidadores familiares possuem mais de cinco vezes mais êxito com os cuidados de transição do que os pacientes com cuidadores formais<sup>(23)</sup>.

A comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares na alta hospitalar está associada a melhores resultados de saúde e custos mais baixos. Por essas e outras razões, as agências de melhoria da qualidade promovem a inclusão de cuidadores familiares na parceria equipe de saúde-paciente-hospitalizações, já prevendo os cuidados pós-alta hospitalar<sup>(12,17,19,16-22,24)</sup>. Vale salientar que, com a inserção de membros da família, esses passam por estresse e outros sintomas, devendo, assim, ser tomadas medidas para avaliar a tensão do cuidador, ao mesmo tempo em que se estabelece uma parceria com a equipe que inicia os cuidados de transição<sup>(24)</sup>.

Melhorar a comunicação e o envolvimento do paciente em cuidados de transição é essencial, uma vez que a má compreensão das instruções de alta aumenta o risco de re-hospitalização. Portanto, a qualidade da comunicação entre familiares e profissionais de saúde precisa receber maior atenção das instituições de ensino e das organizações de saúde, pois há necessidade de habilidades na comunicação dos profissionais, incluindo informações, respeito e colaboração por parte destes<sup>(18)</sup>.

Orientações dos serviços de saúde, período de revisão, locais de transporte para as consultas agendadas são algumas das estratégias que viabilizam serviços de acompanhamento para a pessoa idosa, quando necessários<sup>(22)</sup>. A utilização de um instrumento de identificação dos fatores de risco que possibilitam o seu retorno ao ambiente hospitalar também se constitui em ferramenta importante na avaliação de cuidados de transição, pois possibilita avaliar as reais condições da alta ou do risco de readmissão<sup>(12)</sup>.

O apoio ao cuidado transicional tem foco voltado, também, na administração de medicamentos, visto que as pessoas idosas precisam conhecer os fármacos que serão utilizados. Por isso, são orientados quantos aos efeitos colaterais e à administração adequada dos mesmos. Como prática desse tipo de assistência, cabe o fornecimento de números de contatos e instruções em situações emergenciais. Outras estratégias no cuidado de transição são a utilização de folhetos explicativos, acompanhamento após alta, entrevista motivacional e promoção do comportamento positivo de autocuidado<sup>(14)</sup>.

Contudo, a experiência do paciente é um componente importante na prestação de cuidados de qualidade. O resultado dessa experiência bem-sucedida é um idoso que tem boa adesão ao tratamento<sup>(22)</sup>. Assim, as intervenções prestadas visam à promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde. Essa prática pode ser

utilizada para intermediar o apoio das redes locais dos serviços de saúde, bem como manter o acompanhamento das consultas e ações estabelecidas durante a alta hospitalar<sup>(15)</sup>.

Os resultados apontam que o cuidado de transição é benéfico para as pessoas idosas com múltiplas condições crônicas e terapêuticas complexas, bem como para seus familiares e/ou cuidadores que, muitas vezes, se tornam vulneráveis a um desarranjo ou falhas no cuidado por falta de orientação.

Desta maneira, a transição do hospital para o domicílio, seja ele institucional ou residencial, exerce nos profissionais de saúde, em destaque para a enfermeira, família e instituição de saúde a corresponsabilidade de apoio quanto à aderência e ao bom desenvolvimento dos cuidados de transição para a pessoa idosa. Assim, é necessária uma rede eficaz, através de profissionais capacitados e integrados com o planejamento da alta, no intuito de melhorar a qualidade de vida deste segmento populacional. Assim, evitariam-se re-hospitalizações e o aumento da taxa de mortalidade pela ineficácia do cuidado em questão.

### Limitações do estudo

A limitação deste estudo refere-se à exclusão de 24 artigos que estavam disponíveis mediante pagamento.

### Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados apontam para a necessidade de mais intervenções dos profissionais de saúde nos cuidados de transição à pessoa idosa, que envolva o paciente e família. Destaca-se o enfermeiro como coordenador do planejamento para transferência do cuidado a ser realizado no ambiente extra-hospital favorecendo, assim, o claro entendimento entre os envolvidos no processo terapêutico através da comunicação segura monitorando constantemente sua efetividade e incentivando a promoção da saúde. As evidências científicas fornecem meios para o planejamento de políticas públicas de saúde a esse grupo populacional, já que o implemento do processo de transição do cuidado de forma sistematizada contribui para a sua continuidade, evitando erros ou ausência do cuidado necessário à pessoa idosa quando transita do hospital para o domicílio.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica evidenciou que os cuidados de transição para a pessoa idosa são necessários, pois diminuem novas hospitalizações e otimizam o processo saúde-doença. Enfatiza a necessidade da qualificação profissional para o planejamento e direcionamento dos cuidados de transição, a comunicação efetiva entre profissional/pessoa idosa/cuidador, bem como ser indispensável inserir o cuidador/familiar neste contexto de maneira formal e participativa.

Observou-se um número reduzido de estudos nacionais na amostra desta revisão, indicando a necessidade de novos estudos no campo da Gerontologia e Geriatria relacionado ao cuidado transicional como estratégia para a eficácia terapêutica e, em particular, no que se refere à prática de enfermeiros e enfermeiras.

## REFERÊNCIAS

1. Izaias EM, Dellaroza MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 05];19(8):3395-402. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03395.pdf>
2. Silveira RE, Santos AS, Sousa MC, Monteiro TS. Expenses related to hospital admissions for the elderly in Brazil: perspectives of a decade. *Einstein* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 23];11(4):514-20. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/en_19.pdf)
3. Oakes SL, Gillespie SM, Ye Y, Finley M, Russell M, Patel NK, et al. Transition al care of the long-term care patient. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 17];27(2):259. Available from: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(11\)00013-9/fulltext](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(11)00013-9/fulltext)
4. Giosa JL, Stolee P, Dupuis SL, Mock SE, Santi SM. An examination of family care giver experiences during care transitions of older adults. *Canadian J* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 27];137-53. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillissement/article/an-examination-of-family-caregiver-experiences-during-care-transitions-of-older-adults/F5CF2C5A440B22B630B2E953E3433276>
5. Flesch DL, Araújo TCCF. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estud Psicol*[Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 23];19(3):157-238. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n3/08.pdf>
6. Foss C, Hofoss D. Patient Education and Counseling Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 16];85(1):68-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884160>
7. Hung D, Leidig RC. Implementing a Transitional Care Program to Reduce Hospital Readmissions Among Older Adults. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 16];30(2):121-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1945-1474.2011.00167.x>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CMM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2008 [cited 2017 Apr 13];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
9. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual[Internet]. Adelaide/Austrália: The Joanna Briggs Institute. 2014 [cited 2018 Feb 10]. Available from: [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-Methodology-JBI\\_Umbrella%20Reviews-2014.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-Methodology-JBI_Umbrella%20Reviews-2014.pdf)
10. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICo strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2017 Nov 14];15(3):508-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a23.pdf>
11. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM. Evidence-based practice step by step. *Am J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 17];110(5):41-7. Available from: [http://download.lww.com/wolterskluwer\\_vit.alstream\\_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ\\_546\\_156\\_2010\\_08\\_23\\_SADFJO\\_165\\_SDC216.pdf](http://download.lww.com/wolterskluwer_vit.alstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf)
12. Kahlon S, Pederson J, Majumdar SR, Belga S, Lau D, Fradette M, et al. Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *Canadian Med Assoc J* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 17];187(11):799-804. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527901/>
13. Occelli P, Touzet S, Rabilloud M, Ganne C, Poupon Bourdy S, Galamand B, et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stayunits: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomized trial. *BMC Geriatr*[Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 23];16(1):57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776355/>
14. Kind AJH, Jensen L, Barcsi S, Bridges A, Kordahl B, Smith, MA, et al. Low-Cost Transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at a VA Hospital. *Health affairs (Project Hope)* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 17];31(12):2659-68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520606/>
15. Low LL, Vasanwala FF, NG LB, Chen C, Lee KH, Tan SY. Effectiveness of a transitional home care program in reducingacute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 03];15:100. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0750-2>
16. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. Quality of transitions in older medical patients with frequente readmissions: opportunities for improvement. *Eur J Intern Med*. [Internet]. 2013[cited 2017 May 03];24(8):779-83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620513009175>
17. Hartgerink JM, Cramm JM, Bakker TJ, Mackenbach P, Niebor AP. The importance of older patients' experiences with care delivery for their quality of life after hospitalization. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2015 [cited 2017 May 04];15(1):1. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0982-1>
18. Hakkarainen TW, Arbabi S, Willis MM, Davidson GH, Flum DR. Outcomes of patients discharged to skilled nursing facilities after acute care hospitalizations. *Ann Surg* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 05];263(2):280-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706779/>
19. Boltz M, Resnick B, Chippendale T, Galvin J. Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [cited 2017 Apr 20];62(12):2398-407:228. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4883662/>
20. Pennbrant S. A trustful relationship: the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. *Int J Qualit Stud*



- Health Well-being [Internet]. 2013 [cited 2017 May 05];8:10.3402/qhw.v8i0.20608. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660621/>
21. Toye C, Moorin R, Slatyer S, Aoun SM, Parsons R, Hegney D, et al. Protocol for a randomised controlled trial of an outreach support program for Family carers of older people discharged from hospital. *BMC Geriatr* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 04];15:1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479237/>
  22. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Schneidermann M, Kessel E, Guzman D, et al. The effect of a care transition intervention on the patient experience of older multi-lingual adults in the safety net: results of a randomized controlled trial. *J Gen Internal Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 27];1788-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636586/>
  23. Epstein-Lubow G, Baier RR, Butterfield K, Gardner R, Babalola E, Coleman EA, et al. Caregiver presence and patient completion of a transitional care intervention. *Am J Managed Care* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 05];20(10):e349-444. Available from: <http://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/06/73.-Caregiver-Presence-and-Patient-Completion-of-a-Transitional-Care-Intervention.pdf>
  24. Dahl U, Johnsen R, Saetre R, Steinsbekk A. The influence of na intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients-are retrospective comparative cohort study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 04];15(1):1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4323014/>
-