

Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo

Older adult transition from hospital to home from caregivers'/older adults' perspective: a scoping review

Transición de adultos mayores del hospital al domicilio bajo la perspectiva del cuidador/adulto mayor: revisión de alcance

Larissa dos Santos Sousa¹  <https://orcid.org/0000-0002-8998-8224>

Maria de Lourdes de Farias Pontes¹  <https://orcid.org/0000-0002-5187-6876>

Renata Rabelo Pereira¹  <https://orcid.org/0000-0001-6109-5371>

Maria Amanda Pereira Leite¹  <https://orcid.org/0000-0003-1337-6077>

Felicia Augusta de Lima Vila Nova¹  <https://orcid.org/0000-0002-6227-9524>

Edilene Araújo Monteiro¹  <https://orcid.org/0000-0002-3312-868X>

Como citar:

Sousa LS, Pontes ML, Pereira RR, Leite MA, Nova FA, Monteiro EA. Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE03631.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR03631>



Descritores

Idoso; Cuidado transicional; Alta do paciente; Continuidade da assistência ao paciente; Cuidadores

Keywords

Aged; Transitional care; Patient discharge; Continuity of patient care; Caregivers

Descriptores

Anciano; Cuidado de transición; Alta del paciente; Continuidad de la atención al patient; Cuidadores

Submetido

8 de Dezembro de 2021

Aceito

20 de Junho de 2022

Autor correspondente

Larissa dos Santos Sousa
E-mail larissasousaefm@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pазetto Balsanelli
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Mapear evidências que discutem o cuidado transicional direcionado à pessoa idosa, do contexto hospitalar para o domicílio, na perspectiva do cuidador/idoso.

Métodos: Revisão de escopo, tendo por base a orientação do Instituto Joanna Briggs (JBI). Foram incluídas na sistematização para busca dos estudos as bases LILACS, PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL e Embase. Realizou-se a revisão por pares independente, selecionada de acordo com os critérios. Em seguida, foi realizada análise de similitude no software Iramuteq.

Resultados: A amostra foi composta por 8 estudos, publicados principalmente no ano de 2016, tendo como local predominante os Estados Unidos. É possível observar que houve maior quantitativo de dificuldades e fragilidades, seguido de desafios e, por fim, potencialidades na transição.

Conclusão: A transição da alta hospitalar do idoso para casa é um processo complexo e longitudinal, que envolve múltiplas fragilidades e dificuldades para o paciente e para seus cuidadores formais e informais, assim como existem potencialidades e desafios a serem explorados. Destaca-se a sobrecarga de trabalho, o esforço e a dedicação exigida, bem como a relação com o envolvimento familiar.

Abstract

Objective: To map evidence that discusses transitional care aimed at older adults, from hospital to home, from caregivers'/older adults' perspective.

Methods: This is a scoping review, based on guidance from the Joanna Briggs Institute (JBI). The LILACS, PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL and Embase databases were included in the systematization to search for studies. Independent peer review was performed, selected according to criteria. Then, similarity analysis was performed in Iramuteq.

Results: The sample consisted of 8 studies, published mainly in 2016, predominantly in the United States. It is possible to observe that there was a greater number of difficulties and weaknesses, followed by challenges and, finally, potential in transition.

Conclusion: Older adult transition from hospital to home is a complex and longitudinal process, which involves multiple weaknesses and difficulties for patients and their formal and informal caregivers, as well as there are potentialities and challenges to be explored. The work overload, the effort and dedication required, as well as the relationship with family involvement.

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Mapear evidencias que discuten el cuidado transicional orientado al adulto mayor, del contexto hospitalario al domicilio, bajo la perspectiva del cuidador/adulto mayor.

Métodos: Revisión de alcance, basada en la orientación del Instituto Joanna Briggs (JBI). Se incluyeron las siguientes bases en la sistematización para la búsqueda de los estudios: LILACS, PubMed, Web of Science, Scopus, CINAHL y Embase. Se realizó la revisión por pares independiente, seleccionada de acuerdo con los criterios. Luego se realizó el análisis de similitud en el software Iramuteq.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por ocho estudios, publicados principalmente en el año 2016, que tenían como lugar predominante los Estados Unidos. Es posible observar que hubo mayor cuantitativo de dificultades y debilidades, después desafíos y, por último, posibilidades en la transición.

Conclusión: La transición del alta hospitalaria de adultos mayores a su casa es un proceso complejo y longitudinal, que incluye múltiples debilidades y dificultades para el paciente y sus cuidadores formales e informales, así como también existen posibilidades y desafíos que pueden ser estudiados. Se destaca la sobrecarga de trabajo, el esfuerzo y la dedicación exigida, así como la relación con la participación familiar.

Introdução

A exemplo de integralidade nos sistemas de saúde, temos a transição do cuidado como parte crucial.

⁽¹⁾ O cuidado transicional é definido como um grupo de ações planejadas no momento em que ocorre uma mudança de um paciente em sua situação de saúde ou passagem para diferentes níveis de cuidado. Envolve estratégias como planejamento de alta, planejamento antecipado do cuidado, comunicação completa de informações, educação do paciente, promoção do autogerenciamento, segurança no uso das medicações e acompanhamento pós-alta para consultas ambulatoriais.⁽²⁾

O período de transição do hospital para o domicílio é um desafio, pois os usuários encontram dificuldades no gerenciamento dos cuidados no ambiente domiciliar que culminam, muitas vezes, em readmissões hospitalares. Estas acarretam maiores custos ao sistema de saúde e prejuízos aos pacientes, quando poderiam ter sido evitadas com um planejamento eficaz que minimizasse as complicações pós-alta.^(3,4)

Paralelo a isso, a internação hospitalar para o idoso repercute em inúmeras modificações que afetam sua vida para sempre, seja de modo físico ou psicológico. Nesse ponto, evidencia-se a importância de estimular as atividades, de acordo com seu grau de independência.⁽⁵⁾ Em estudo com o objetivo de descrever a experiência de idosos e cuidadores no contexto na transição do hospital para o domicílio, houve um consenso entre todos os participantes sobre a necessidade de independência do cuidado. Para isso, sentiam-se mais seguros com processos

que auxiliavam os cuidadores e envolviam os profissionais de saúde, havendo o repasse de informações e discussão do plano de cuidados.⁽⁶⁾

Um estudo de metassíntese realizado em 2017, com o objetivo de melhorar a compreensão sobre a experiência do usuário e a integração de cuidados durante a alta e cuidados transitórios de idosos com múltiplas doenças crônicas, concluiu que se torna essencial o aprimoramento das estratégias de questionamento e discussão em relação ao idosos e a independência de seus cuidadores nas transições de cuidados.⁽⁷⁾

Para identificar como ocorre o cuidado transicional em um sistema de saúde, é preciso levantar, primordialmente, as necessidades encontradas na perspectiva do cuidador/idoso, bem como mapear os tipos de instrumentos que o avaliam, a fim de estimular investigações nesse campo, sobretudo porque foi identificado um número reduzido de estudos nacionais em outra revisão.⁽⁸⁾ Para isso, traçamos as seguintes questões norteadoras: quais evidências discutem sobre o cuidado transicional, do hospital para o domicílio, à pessoa idosa na perspectiva do cuidador e do idoso?

Diante do exposto, o objetivo desta *scoping review* foi mapear evidências que discutem o cuidado transicional direcionado à pessoa idosa, do contexto hospitalar para o domiciliar, na perspectiva do cuidador/idoso. Assim, justifica-se a realização desta revisão de escopo, pois se faz com o propósito de identificar as evidências, analisar as lacunas do conhecimento, esclarecer os principais conceitos/definições sobre como as pesquisas são conduzidas, bem como elencar as principais características relacionados ao campo.⁽⁹⁾

Métodos

Trata-se uma revisão de escopo da literatura disponível, no que tange aos aspectos relacionados a medidas avaliativas do cuidado transicional ao idoso no contexto hospital-domicílio na perspectiva do paciente. A revisão de escopo visa fornecer uma visão geral das evidências, como também nortear pesquisas futuras.⁽¹⁰⁾

Para isso, foram realizadas as seguintes etapas: identificar a questão da pesquisa, estabelecer os critérios de inclusão e alinhados à pergunta e ao objetivo, elaborar a estratégia de busca, identificar os estudos relevantes, selecionar os estudos, extrair os dados, mapear os dados e sumarização dos resultados obtidos.⁽¹¹⁾ Todas as etapas foram verificadas de acordo com o checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).⁽¹²⁾

Para construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se o modelo conceitual Population, Concept e Context (PCC). Foram definidos da seguinte forma: P- idoso; C- cuidado transicional na perspectiva do paciente e do cuidador; C- do hospital para o domicílio.

Não houve recorte temporal, sendo inclusos todos os idiomas. Foram excluídos artigos duplicados, estudos que abordassem o cuidado transicional em outros contextos diferentes da alta hospitalar para casa, os que não respondessem a nenhuma das perguntas e os estudos de revisão. A literatura cinzenta não foi considerada para inclusão.

A estratégia de busca deu-se por meio de três etapas: i) houve uma pesquisa inicial na PubMed e Web of Science utilizando os descritores encontrados na Medical Subject Headings (MeSH) – aged, aging, transitional care, patient discharge, continuity of patient care – sendo, em seguida, realizada uma análise das palavras-chave contidas no título, resumo e descritores dos artigos, identificando-se os descritores não-controlados – hospital care e discharge planning; ii) uma segunda pesquisa feita com a utilização de todos os descritores identificados nas bases de dados incluídas – PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science,

Scopus, CINAHL e Embase. Como operadores booleanos, foram utilizados AND e OR.

Configuraram-se as seguintes chaves de busca para suas respectivas bases: na PubMed, foram encontrados 532 artigos com a chave (“aged”[MeSH Terms] OR “aged”[All Fields] OR (“aging”[MeSH Terms] OR “aging”[All Fields] OR “ageing”[All Fields])) AND (“transitional care”[MeSH Terms] OR (“transitional”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “transitional care”[All Fields]) AND (“patient discharge”[All Fields] OR “hospital care”[All Fields] OR “continuity of patient care”[All Fields] OR “discharge planning”[All Fields]); 6 artigos foram encontrados na Lilacs com “((aged OR aging)) AND (“transitional care”) AND ((“patient discharge” OR “hospital care” OR “continuity of patient care” OR “discharge planning”)) AND (db:(“LILACS”))”; na Web of Science, encontraram-se 56 estudos com “TS=(aged OR aging) AND TS=(“transitional care”) AND TS=(“patient discharge” OR “hospital care” OR “continuity of patient care” OR “discharge planning”); na Scopus, 629 artigos com “(TITLE-ABS-KEY ((aged OR aging)) AND TITLE-ABS-KEY ((“transitional AND care”)) AND TITLE-ABS-KEY ((“patient discharge” OR “hospital care” OR “continuity of patient care” OR “discharge planning”)))”; na CINAHL, foram encontrados 414 estudos com “(aged or aging) AND transitional care AND (patient discharge OR hospital care OR continuity of patient care OR discharge planning)”; e, na Embase, encontraram-se 696 artigos com “(aged OR aging) AND ‘transitional care’ AND (‘hospital care’ OR ‘patient care’ OR ‘hospital discharge’)”.

Para buscar estudos adicionais, foram realizadas buscas nas referências dos artigos incluídos. O processo de recuperação das informações nas bases de dados, bem como a última busca, ocorreu entre os meses de junho e julho de 2021.

Houve a elaboração com a ficha de extração de dados com as características principais e os achados importantes para a pesquisa dos artigos incluídos, contendo dados como autor(es), ano, título, objetivo(s), país de origem e tipo de estudo. Duas pesquisadoras trabalharam de forma independente para a

seleção dos títulos, resumo e texto na íntegra. Após a avaliação das versões completas dos artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, resultou-se na amostra final da revisão. Em cada fase, houve a discussão entre as duas pesquisadoras a fim de entrar em um consenso quanto às disparidades. Em seguida, para análise de similitude, foi utilizado o Software Iramuteq.

Resultados

A partir da análise dos 1.214 estudos identificados, apenas 8 (100,0%) versavam sobre a temática, correspondendo à amostra final. A seleção dos estudos foi apresentada no fluxograma (Figura 1).

Compôs a amostra oito manuscritos, desenvolvidos em diversas regiões e países, com variabilidade do ano de publicação, entretanto, houve predominância de estudos com caráter qualitativo. Foram 06 estudos quantitativos, sendo um deles com recorte longitudinal, um epidemiológico quantitativo e um de método misto.

Quanto ao país de origem, além dos Estados Unidos com dois trabalhos, encontramos um artigo para cada local apontado a seguir: Brasil, Flórida, Ottawa, Noruega, Tawan e Austrália. Em relação ao ano de publicação, com o mais antigo sendo em 2000, tivemos nos anos de 2012, 2015, 2019, 2020 e 2021 e dois em 2016. ⁽¹³⁻²⁰⁾

A figura 2 adiante demonstra a análise de similitude proveniente do corpus textual dos documentos selecionados na amostra. Nela é possível observar que o núcleo central consiste na “transição”, do qual emergem ramificações com termos relacionados a essa transição, como “processo”, “necessidade” e “cuidado”.

É possível observar ainda que os termos apresentados na extremidade advinda da ramificação do processo diz respeito às mudanças advindas da alta do idoso, expressas pelos termos “papal”, “cuidador”, “função”, “demanda”, “ajuste”. Já na ramificação que emerge a partir da “necessidade”, é possível observar conteúdo relacionado às carências e preocupações durante a transição de cuidados, como “informações”, “experiência”, “responsabilidade”,

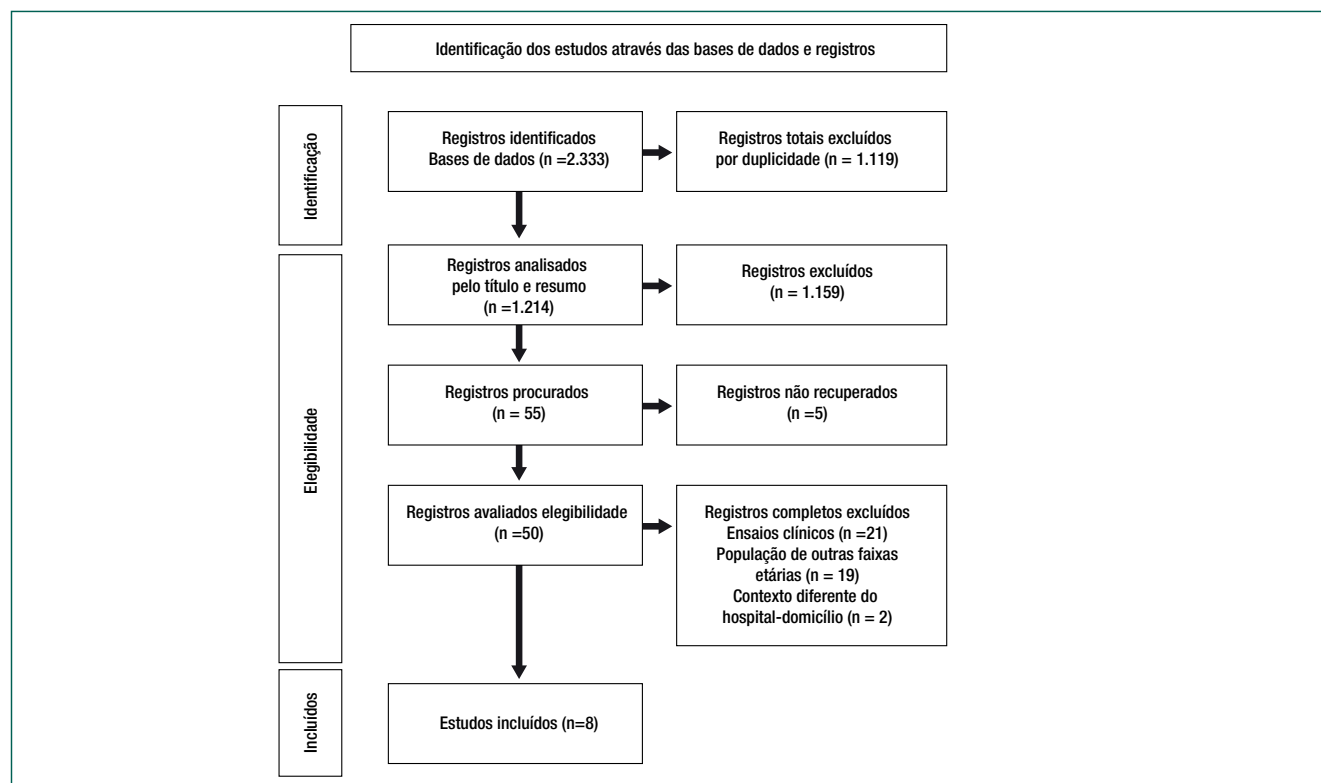


Figura 1. Processo de identificação e inclusão de estudos – itens de relatório preferenciais para diagrama sistemático de análises sistemáticas e meta-análises (PRISMA)

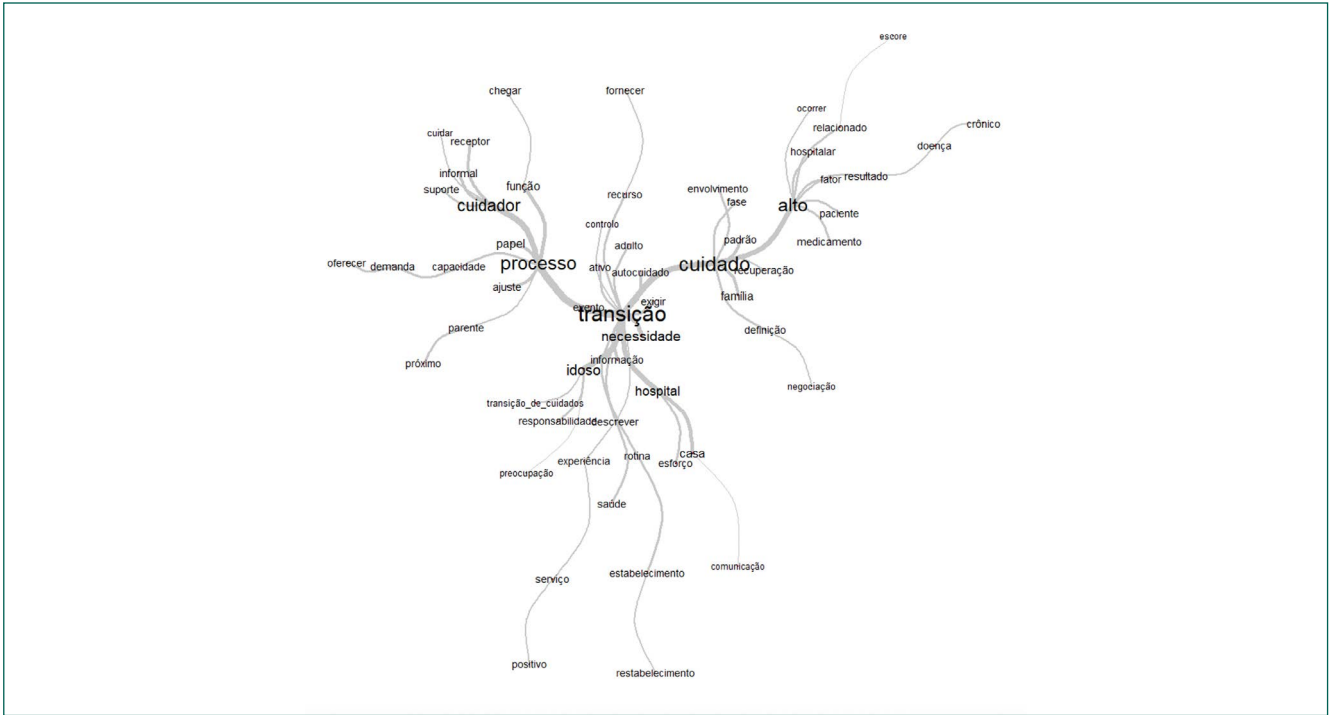


Figura 2. Análise de similitude proveniente dos documentos incluídos na amostra. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021

“preocupação” e “comunicação”. Por fim, a ramificação de “cuidado” emerge conteúdo relacionado aos aspectos das demandas familiares e do paciente após a alta, representada pelos termos “família”, “envolvimento”, “alta”, “medicamento”, “doença” e “recuperação”.

Dessa forma, por meio do conteúdo dos documentos e da análise de similitude, o quadro 2 foi elaborado a fim de categorizar os dados em fragilidades e dificuldades encontradas no processo de transição, potencialidades e desafios. É possível observar que foi encontrado maior quantitativo de dificuldades e fragilidades, seguido de desafios e, por fim, potencialidades na transição.

Quadro 2. Classificação dos achados de acordo com as fragilidades e dificuldades, potencialidades e desafios no processo de transição

<p>Fragilidades e dificuldades</p>	<p>Fragilidade no envolvimento do paciente com o planejamento da alta;⁽¹³⁾ Marcação de consultas de acompanhamento;^(13,14) Atendimento a complicações após a alta;⁽¹³⁻¹⁵⁾ Carência de informações e comunicação com equipe de saúde;^(15,19,20) Cuidado centrado no cuidador;⁽¹⁵⁾ Limitação de recursos;⁽¹³⁾ Gerenciamento de medicamentos;^(13,14,16,20) Insegurança para realização de cuidados após a alta;^(14,16,20) Compreensão adequada das condições de saúde;⁽¹⁴⁾ Dificuldade na comunicação entre paciente e cuidador;^(15,20) Sobrecarga do cuidador/ Demanda de trabalho;⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Sobrecarga de cuidados para o paciente;⁽¹⁷⁾</p>
<p>Potencialidades</p>	<p>Envolvimento da equipe na alta;⁽¹³⁾ Atendimento individualizado domiciliar;⁽¹³⁾ Suporte de recursos;⁽¹³⁾ Autogerenciamento para alta;⁽¹⁴⁾ Melhora da condição física do paciente;⁽¹⁷⁾ Desejo de manter-se realizando suas atividades;⁽¹⁷⁾ Envolvimento da família no cuidados;^(19,20)</p>
<p>Desafios</p>	<p>Mudança de papéis do cuidador;^(17,20) Carência de treinamento para realização do autocuidado;^(17,19) Envolvimento do paciente e da família no gerenciamento das transições;^(13,19,20) Escolha do cuidador formal;⁽¹⁵⁾ Investimento e esforço;⁽¹⁷⁾ Estabelecimento de novas rotinas;^(17,20) Mudanças de hábitos alimentares;⁽¹⁷⁾ Comunicar com equipe de saúde após a alta;^(15,19,20) Suporte emocional;⁽²⁰⁾</p>

Discussão

Entende-se por cuidado transicional um conjunto de atividades de saúde que devem ser executadas de forma coordenada e contínua dentro do serviço de saúde (transferência entre setores ou entre instituições) ou para residência.⁽²¹⁾

As transições podem ser divididas em quatro categorias: desenvolvimental (relacionada à transição de

fases de vida), organizacional (emerge entre mudanças em ambientes sociais), situacional (ocorre em decorrência de algum marco na vida do indivíduo) e saúde-doença (refere-se ao surgimento de algum agravo de saúde que afeta diretamente o estilo e a qualidade de vida do indivíduo, podendo se aplicar a situações em que ocorrem mudanças repentinas de papéis).⁽²²⁾

Segundo a teórica supracitada, as transições apresentam algumas características: complexidade e

multiplicidade; movimentam-se ao longo do tempo; podem causar mudanças de identidade e papéis; o indivíduo pode ser considerado vulnerável, a depender do impacto da transição em sua vida; e o cotidiano, o contexto e as relações podem ser persuadidas pelas condições da natureza e experiências.⁽²²⁾

Dessa forma, a transição do paciente idoso do ambiente hospitalar para o domicílio deve ser encarada como um fenômeno longitudinal,⁽¹⁷⁾ que se inicia na admissão do paciente, percorre o processo de atendimento assistencial no serviço de saúde até o planejamento da alta e se estende até a alta, corroborando o suporte teórico citado.

Para Chick e Meleis,⁽²³⁾ a transição consiste em “passagem ou movimento de uma condição ou lugar para outro”. Essa definição proposta remete-nos a um processo que demanda tempo e requer uma passagem, o qual foi identificado na árvore máxima pela ramificação “processo”, acrescida dos termos “papéis”, “cuidador”, “função”, “demanda”, “ajuste”.

Ainda nesse contexto de mudanças e processos, foram observados dentre os estudos alguns desafios durante a transição de cuidados, como mudanças de hábitos,⁽²⁰⁾ sobrecarga do cuidador/demanda de trabalho,⁽¹⁷⁻²⁰⁾ mudanças de papéis do cuidador,^(17,20) recursos limitados⁽¹³⁾ e envolvimento do paciente e da família no gerenciamento das transições.^(13,19,20)

O processo fisiológico que envolve o envelhecimento humano relaciona-se com complexas alterações fisiológicas que podem implicar o surgimento de doenças e comorbidades, tornando-o vulnerável e/ou dependente de outros para realização de cuidados básicos. Nesse ínterim, tornar-se cuidador de uma pessoa idosa em processo de transição do ambiente hospitalar para o lar pode exigir diversas renúncias e mudança na sua rotina de vida.

Quando no ambiente familiar há um idoso dependente de cuidados, a família sente-se obrigada a ofertar cuidados a esse indivíduo, seja por razões sociais ou afetivas. Assim, esse cuidador passa a vivenciar sentimentos com significados conflituosos, pois envolve a experiência de sentimentos como amor, paciência carinho, mas também sobrecarga física e emocional.⁽²⁴⁾ Dessa forma, a sobrecarga e a mudança de papéis corrobora a literatura.

Um dos pressupostos da teoria das transições é que a conclusão de uma transição é essencialmente positiva, pois implica que o indivíduo chegou a um estágio de maior estabilidade do que se encontrava anteriormente.⁽²³⁾ Essa percepção positiva da transição foi também identificada nos manuscritos da amostra por meio de características como o envolvimento da equipe na alta,⁽¹³⁾ o atendimento individualizado domiciliar,⁽¹³⁾ a melhora da condição física do paciente,⁽¹⁸⁾ o desejo de manter-se realizando suas atividades e o envolvimento da família nos cuidados.^(19,20)

No estudo de Backman,⁽¹³⁾ a experiência positiva foi observada durante a transição do paciente entre os setores dos serviços de saúde, no qual a principal fonte de comunicação entre os profissionais era o prontuário do paciente, que por sua vez era bem preenchido com informações relacionadas à sua condição de saúde. O envolvimento da equipe de enfermagem no processo de transição também foi pontuado como experiência positiva na cadeia de transferência.

Dentro dessa premissa, a assistência de enfermagem direcionada ao paciente e a seus cuidadores formais e informais no momento da alta pode sanar diversas inseguranças e medos no tocante ao processo do cuidar. Alguns deles foram identificados na presente revisão como carência de informações e comunicação com a equipe de saúde,^(15,19,20) gerenciamento de medicamentos,^(14,16,20) insegurança para realização nas atividades de cuidado,^(14,16,20) compreensão inadequada por parte do paciente das condições de saúde⁽¹⁴⁾ e suporte no treinamento para realização do autocuidado.^(17,19)

A construção do planejamento adequado de alta por parte da equipe de enfermagem potencializa a qualidade da assistência oferecida ao usuário que se encontra em processo de alta, devendo se iniciar no momento da admissão do paciente no serviço hospitalar, pois o cuidado a ser ofertado precisa ocorrer de forma integrada e não fragmentada.⁽²⁵⁾

O cuidado de enfermagem dispõe de mecanismos que viabilizam e garantem a qualidade da assistência ao paciente. Ademais, propicia melhora da comunicação entre equipe, paciente e família. Nesse sentido, a elaboração do plano de alta pela enferma-

gem deve ser iniciada durante a admissão hospitalar, haja vista que o processo de enfermagem não ocorre de forma linear, mas inter-relacionada.

Em estudo desenvolvido com 72 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul que objetivou analisar as atividades realizadas pelo enfermeiro na transição do cuidado do paciente com alta hospitalar, os resultados apontaram que as ações realizadas eram destinadas a informações referentes a alta, utilização de medicamentos e continuidade dos cuidados, entretanto, o acompanhamento do paciente após a alta e a comunicação com a equipe de referência foram os menos relatados entre os profissionais.⁽¹⁴⁾ Esses achados assemelham-se aos encontrados na revisão.^(15,19,20)

Já em pesquisa desenvolvida em Salvador-BA com o objetivo de apreender como ocorre o cuidado transicional da enfermeira ao idoso com marcapasso artificial, os autores concluíram que os profissionais da enfermagem exercem a função transicional de caráter empírico, sem fundamentação teórica, fragilizando a oferta da integralidade do cuidado. A alta demanda de atividades foi indicada pelos profissionais como uma limitação para oferta das orientações completas ao paciente idoso.⁽²⁵⁾

Entre as atribuições de enfermagem no processo de mudanças e transições, incluem-se o planejamento de cuidados para alta, o auxílio na reabilitação social (retomada da vida cotidiana do paciente após a alta hospitalar), a educação em saúde, a articulação com a rede de assistência e o acompanhamento do paciente após a alta. Entretanto, a execução dessas ações precisa de melhor coordenação e articulação entre si, visando ofertar melhor qualidade na assistência de saúde.⁽²⁶⁾

Conclusão

Mediante o mapeamento do presente estudo, é possível concluir que a transição da alta hospitalar do idoso para casa é um processo complexo e longitudinal, o qual envolve múltiplas fragilidades e dificuldades para o paciente e seus cuidadores formais e informais, assim como existem potencialidades e desafios a serem explorados. Por meio da análise de

similitude, foi possível identificar nas ramificações da árvore máxima facetas relacionadas ao processo de transição, como as mudanças que ocorrem após a alta do idoso do serviço hospitalar para o domicílio, as demandas que os familiares passam a exercer após a alta e as preocupações advindas da transição. Foi possível ainda observar que a transição consiste em um processo que envolve mudanças na vida do paciente e de seus cuidadores, podendo levar a sobrecarga de trabalho e alterações de funções dentro do ambiente em que residem, ainda que essa transição implique o atendimento às necessidades de cuidado à pessoa idosa que envolve esforço e capacitação. Por fim, a transição relaciona-se com o cuidado, principalmente do familiar, no momento da alta, incluindo administração de medicamentos e manejo de doenças de caráter crônico.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - bolsa de mestrado em enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Referências

1. Suter E, Oelke ND, Silva Lima MA, Stiphout M, Janke R, Witt RR, et al. Indicators and measurement tools for health systems integration: a knowledge synthesis. *Int J Integr Care*. 2017;17(6):4.
2. Lima MA, Magalhães AN, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LA, et al. Estratégias de cuidados nos países latino americanos: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e20180119. Review.
3. Ricci H, Araújo MN, Simonetti SH. Readmissão precoce em Hospital público de alta complexidade em cardiologia. *Rev Rene*. 2016;17(6):828-34.
4. Teston EF, Silva JP, Garanhani ML, Marcon SS. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. *Rev Rene*. 2016;17(3):330-7.
5. Miranda AP, Nascimento AP, Nunes SC. O idoso no ambiente hospitalar, suas comorbidades e a mudança na rotina durante o internamento em uma emergência. *Rev Nurs*. 2018;21(246):2471-75.
6. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect*. 2017;21:518-27.
7. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care integration in transitional care for older people from hospital to home: a meta-synthesis. *Qual Health Res*. 2017;27(1):24-36. Review.

8. Menezes TM, Oliveira AL, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SM. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):307-15. Review.
9. Munn Z, Peters MD, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18(1):143.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2016;16:15.
11. Peters MD, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth.* 2020;18(10):2119-26. Review.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
13. Backman C, Stacey D, Crick M, Cho-Young D, Marck PB. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):482.
14. Acosta AM, Lima MA, Pinto IC, Weber LA. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41(esp):e20190155.
15. Dossa A, Bokhour B, Hoenig H. Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nurs.* 2012;37(6):277-85.
16. LaManna JB, Bushy A, Norris AE, Chase SK. Early and intermediate hospital-to-home transition outcomes of older adults diagnosed with diabetes. *Diabetes Educ.* 2016;42(1):72-86.
17. Werner NE, Tong M, Borkenhagen A, Holden RJ. Performance-shaping factors affecting older adults' hospital-to-home transition success: a systems approach. *Gerontologist.* 2019;59(2):303-14.
18. Walker R, Johns J, Halliday D. How older people cope with frailty within the context of transition care in Australia: implications for improving service delivery. *Health Soc Care Community.* 2015;23(2):216-24.
19. Rustad EC, Seiger Cronfalk B, Furnes B, Dysvik E. Next of kin's experiences of information and responsibility during their older relatives' care transitions from hospital to municipal health care. *J Clin Nurs.* 2017;26(7-8):964-74.
20. Shyu YI. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):619-25.
21. Coleman EA, Boulton C; American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):556-7.
22. Meleis AI, editor. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer; 2010. 641 p.
23. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In: *Nursing research methodology: issues and implementation.* Boulder (CO): Aspen Pub; 1986. pp. 237-57.
24. Hedler HC, Faleiros VP, Santos MJ, Almeida MA. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Rev Katálysis.* 2016;19:143-53.
25. Oliveira ES, Menezes TM, Gomes NP, Oliveira LM, Batista VM, Oliveira MC, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Rev Bras Enferm.* 2021;75(Suppl 4):e20210192.
26. Weber LA, Lima MA, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2017;3(22):e47615.