

## Estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado de idosos na transição hospital-domicílio: revisão integrativa

Nursing team strategies for caring for older adults in the hospital-home transition: an integrative review

Estrategias de equipos de enfermería para el cuidado de personas mayores

en la transición hospital-domicilio: revisión integradora

Jéssica Lane Pereira Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6528-0689>

Larissa Chaves Pedreira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6094-7218>

Alyne Henri Motta Coifman<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-8714-6779>

Jeferson Moreira dos Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7807-1341>

Larissa Simões da Cruz Pessoa<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-6094-7218>

Maria Antônia Alves de Souza<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5100-9158>

### Como citar:

Santos JL, Pedreira LC, Coifman AH, Santos JM, Pessoa LS, Souza MA. Estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado de idosos na transição hospital-domicílio: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE01904.

### DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024AR001904>



### Descritores

Cuidado transicional; Equipe de enfermagem; Idoso; Alta do paciente

### Keywords

Transitional care; Nursing, team; Aged; Patient discharge

### Descriptores

Cuidado de transición; Grupo de enfermería; Anciano; Alta del paciente

### Submetido

18 de Agosto de 2023

### Aceito

21 de Março de 2024

### Autor correspondente

Jessica Lane Pereira Santos  
E-mail: [jessicalane84@gmail.com](mailto:jessicalane84@gmail.com)

### Editora Associada

Meiry Fernanda Pinto Okuno  
(<https://orcid.org/0000-0003-4200-1186>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Buscar na literatura estratégias para equipes de enfermagem na transição de cuidados a pessoas idosas entre o hospital e seu domicílio.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados United States National Library of Medicine (Pubmed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Web Of Science (WOS), via Portal de Periódicos da Capes. Foram incluídos artigos originais publicados em inglês, espanhol e português sem delimitação no tempo de publicação. O *software* MAXQDA foi usado na análise de dados qualitativos para gerenciar e codificar os dados.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 14 artigos. Foram identificadas duas categorias de artigos que abordam estratégias de cuidado desempenhadas pela enfermagem na transição de cuidados entre o ambiente hospitalar e a comunidade.

**Conclusão:** O cuidado de transição é uma estratégia fundamental para promoção da saúde, continuidade do cuidado, prevenção de agravos e reabilitação de pessoas idosas. A enfermagem é a protagonista neste processo.

## Abstract

**Objective:** To search the literature for strategies for nursing teams in the transition of care to older adults between the hospital and their home.

**Methods:** This is an integrative review of the literature with a search in the United States National Library of Medicine (PubMed), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus and Web of Science (WoS) databases via the CAPES Journal Portal. Original articles published in English, Spanish and Portuguese were included without delimiting the time of publication. MAXQDA software was used in qualitative data analysis to manage and code the data.

**Results:** The sample consisted of 14 articles. Two categories of articles were identified that address care strategies performed by nursing in the transition of care between hospital settings and the community.

**Conclusion:** Transitional care is a fundamental strategy for health promotion, continuity of care, disease prevention and rehabilitation of older adults. Nursing leads in this process.

## Resumen

**Objetivo:** Buscar en la literatura estrategias para equipos de enfermería para los cuidados de personas mayores en la transición entre el hospital y su domicilio.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado da Bahia, Guanambi, BA, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

**Métodos:** Revisión integradora de la literatura mediante búsqueda en las bases de datos United States National Library of Medicine (Pubmed), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus y Web Of Science (WOS), a través del Portal de Revistas de Capes. Se incluyeron artículos originales publicados en inglés, español y portugués sin delimitación del tiempo de publicación. El *software* MAXQDA fue utilizado en el análisis de datos cualitativos para gestionar y codificar los datos.

**Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 14 artículos. Se identificaron dos categorías de artículos que abordan estrategias de cuidado llevadas a cabo por enfermeros en la transición entre el ambiente hospitalario y la comunidad.

**Conclusión:** Los cuidados de transición son una estrategia fundamental para la promoción de la salud, continuidad del cuidado, prevención de agravios y rehabilitación de personas mayores. Los equipos de enfermería son los protagonistas en este proceso.

Open Science Framework: 10.17605/OSF.IO/5A2Z9.

## Introdução

Depois de vivenciarem a hospitalização, pessoas idosas necessitam de estratégias de reabilitação e bem-estar que promovam a continuidade do cuidado minimizando as consequências da internação. Assim, a equipe de saúde deve ter um olhar sensível às necessidades específicas dessa população, promovendo melhor qualidade de vida após a alta hospitalar.<sup>(1)</sup>

A continuidade do cuidado em domicílio reduz as taxas de (re)hospitalização e mortalidade. Então, é necessário o preparo das pessoas acometidas e dos responsáveis ao longo do internamento pois a transição entre hospital e domicílio pode ser complexa, permeada por fragilidades, dificuldades e desafios aos idosos.<sup>(2)</sup>

Movimentos de transição envolvem mudanças de ambiente, condição ou estado, implicando em adaptação das pessoas que a vivenciam. Por sua vez, cuidados de transição são ações planejadas para a continuidade dos cuidados que podem modificar a condição de saúde dessas pessoas, devendo iniciar na admissão, com seguimento até ou após a alta hospitalar.<sup>(3)</sup>

Nesse contexto, a enfermagem é destacada por sua capacidade de articular profissionais, pessoas idosas e cuidadores, incentivando a promoção da saúde, o planejamento das ações e o direcionamento dos cuidados. Tais medidas mostram eficácia pois contribuem para a continuidade dos cuidados após alta hospitalar, diminuem novas hospitalizações e otimizam o processo saúde-doença de pessoas idosas.<sup>(4)</sup>

Entretanto, este tema ainda é pouco abordado no Brasil em contraste a sua importância. Assim, é importante que estes profissionais conheçam o tema e desenvolvam habilidades para conduzir esse

cuidado de maneira segura e eficaz junto à equipe assistencial para proporcionar um cuidado integral, continuidade do cuidado e aumento na qualidade de vida das pessoas idosas hospitalizadas e após a alta.

Portanto, o objetivo deste estudo foi buscar na literatura estratégias para equipes de enfermagem na transição de cuidados a pessoas idosas entre o hospital e seu domicílio.

## Métodos

Este foi um estudo bibliográfico do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura em que foram seguidas seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa, 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, 3) Pré-seleção e seleção dos estudos de interesse, 4) Categorização dos estudos selecionados, 5) Análise e interpretação dos resultados e 6) Revisão/Síntese do conhecimento.<sup>(5)</sup>

Essa investigação adotou as diretrizes da rede EQUATOR e seguiu as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para selecionar os estudos e apresentar os resultados.<sup>(6)</sup>

Foi adotado o mnemônico População, Interesse e Contexto (PICO),<sup>(6)</sup> conforme segue: P = População (Pessoas idosas), I = Interesse (Cuidado de transição desempenhado pela equipe de enfermagem) e Co = Contexto (entre hospital e domicílio). Assim, foi formada a questão de pesquisa: Quais estratégias de cuidado às pessoas idosas são desempenhadas pela enfermagem na transição entre hospital e domicílio?

As buscas foram realizadas independentemente por três revisores em julho de 2022 no Portal

Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e bases de dados: *United States National Library of Medicine (Pubmed)*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), *Scopus* e *Web Of Science (WOS)*, via Portal de Periódicos da Capes (acesso café).

Foram usados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) em Inglês, Espanhol e Português: “*Transitional Care*”, “*Nursing Team*”, “*Aged*”, “*Patient Discharge*”; “*Cuidado de Transición*”, “*Grupo de Enfermería*”, “*Anciano*”, “*Alta del Paciente*”; “Cuidado transicional”, “Equipe de enfermagem”, Idoso, “Alta do paciente”, permutados com o operador booleano “AND”.

Foram adotados os critérios de inclusão seguintes: artigos originais em texto completo disponíveis eletronicamente, publicados em inglês, espanhol ou português sem delimitação no tempo de publicação. Foram excluídos teses, dissertações, capítulos de livros, opiniões e consensos de especialistas. Os estudos repetidos foram considerados só uma vez.

A triagem de títulos, resumos e objetivos dos artigos pré-selecionados foi feita por três revisores independentemente. Depois, aqueles relacionados com o objeto foram organizados no programa *EXCEL (Microsoft Office, 2016)*. Depois, os artigos foram lidos integralmente por ambos revisores para selecionar a amostra final considerando os que respondiam à questão da investigação.

O *software MAXQDA (v. 2022)*, para análise de dados qualitativos, foi usado para gerenciar e codificar os dados. Após a seleção dos estudos elegíveis, eles foram importados para o *software* onde foi iniciada a leitura e imersão dos dados. Esta etapa permitiu identificar significados que depois definiram as categorias.

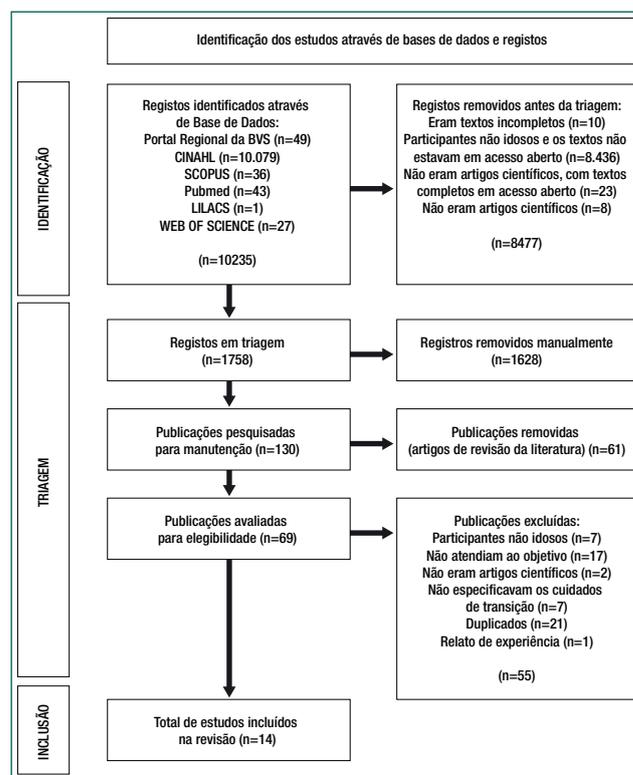
A leitura exaustiva do material possibilitou uma análise aprofundada, gerenciamento, codificação dos dados e formação de oito códigos. Estes foram agrupados por similaridade, originando as categorias e direcionando análise e discussão do estudo.

Os oito códigos oferecidos pelo *software* foram os seguintes: 1. Revisão de medicamentos domiciliares, 2. Suporte nutricional após a alta, 3. Treinamento da equipe, 4. Acompanhamento após a alta, 5. Educação em saúde, 6. Enfermeiras comunitárias / para continuidade de cuidados, 7. Avaliação e pla-

nejamento para a alta hospitalar e 8. Comunicação entre membros da equipe multiprofissional.

Os códigos 4, 5 e 6 foram subdivididos: 4 (4.1. Equipe multiprofissional, 4.2. Visitas + telefonemas, 4.3. Articulação com a atenção primária); 5 (5.1. Envolvimento de pacientes e cuidadores, 5.2. Rede de apoio familiar e informal) e 6 (6.1. Visitas durante a hospitalização, 6.2. Visita domiciliar).

Inicialmente, foram identificados 10.235 artigos. Após aplicação dos filtros e critérios de inclusão/exclusão, 14 estudos compuseram a amostra (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos estudos segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses*

## Resultados

Os estudos de interesse foram caracterizados conforme o indicador para identificar o artigo selecionado, título, autor, ano, base de dados, periódico e fator de impacto (Quadro 1), além do local e tipo de estudo, objetivo, participantes, âmbito da realização do estudo e principais achados para esta RI (Quadro 2).

**Quadro 1.** Caracterização dos artigos selecionados.

Autores/anos	Títulos	Bases de dados	Periódicos	Fatores de impacto
Sarzynski <i>et al.</i> , 2019 <sup>(7)</sup>	Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care	CINAHL	Geriatr. Nurs.	2,525
Kim <i>et al.</i> , 2020 <sup>(8)</sup>	Development of a senior-specific, citizen-oriented healthcare service system in South Korea based on the Canadian 48/6 model of care	CINAHL	BMC Geriatrics	4,070
Cheen <i>et al.</i> , 2017 <sup>(9)</sup>	Evaluation of a care transition program with pharmacist-provided home-based medication review for elderly Singaporeans at high risk of readmissions	CINAHL	Int. J. Qual. Health Care	2,257
Hansen <i>et al.</i> , 2021 <sup>(10)</sup>	Effects of a new early municipality-based <i>versus</i> a geriatric team-based transitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients - a randomised controlled trial	Web Of Science	Arch. Gerontol. Geriatr.	4,163
Wang <i>et al.</i> , 2019 <sup>(11)</sup>	The Effectiveness of a Timely Discharge Plan in Older Adults: A Prospective Hospital-Based Cohort Study in Southern Taiwan	Web Of Science	Aging Med. Healthcare	0,26
Allen <i>et al.</i> , 2020 <sup>(12)</sup>	Communication and Coordination Processes Supporting Integrated Transitional Care: Australian Healthcare Practitioners' Perspectives	Pubmed	Int. J. Integr. Care	2,913
Costa <i>et al.</i> , 2019 <sup>(13)</sup>	The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain	SCOPUS	Rev. Esc. Enferm. USP	1,123
Verweij <i>et al.</i> , 2018 <sup>(14)</sup>	The cardiac care bridge program: design of a randomized trial of nurse-coordinated transitional care in older hospitalized cardiac patients at high risk of readmission and mortality	Portal Regional da BVS	BMC Health Serv. Res.	2,908
Arbaje <i>et al.</i> , 2010 <sup>(15)</sup>	The Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team	Portal Regional da BVS	J. Am. Geriatr. Soc.	7,538
Buurman <i>et al.</i> , 2016 <sup>(16)</sup>	Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial	Portal Regional da BVS	JAMA Intern. Med.	44,424
Chareh <i>et al.</i> , 202 <sup>(17)</sup>	Does a 12-Month Transitional Care Model Intervention by Geriatric-Experienced Care Professionals Improve Nutritional Status of Older Patients after Hospital Discharge? A Randomized Controlled Trial	CINAHL	Nutrients	6,706
Stauffer <i>et al.</i> , 2011 <sup>(18)</sup>	Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program for Heart Failure: A Prospective Study With Concurrent Controls	CINAHL	JAMA Intern. Med.	44,424
Jepma <i>et al.</i> , 2021 <sup>(19)</sup>	Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention - a qualitative study	CINAHL	BMC Health Serv. Res.	2,908
Finlayson <i>et al.</i> , 2018 <sup>(20)</sup>	Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults	CINAHL	BMC Health Serv. Res.	2,908

Os artigos selecionados foram publicados em inglês. Os estudos<sup>(16-18)</sup> com maior fator de impacto (44,424) foram publicados no *JAMA Intern. Med.* A participação exclusiva de enfermeiras ocorreu em cinco estudos.<sup>(7-13-16-18-19)</sup> Em nove estudos,<sup>(8-9-10-11-12-14-15-17-20)</sup> houve também participação de outros profissionais de saúde tais como fisiologista do exercício, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêuticos, médico clínico geral e geriatra. Os estudos foram realizados na Austrália (14,2%) e EUA e Holanda (21,4%), com maior número de publicação entre 2019 e 2020. A maior parte dos estudos desenvolveu cuidados transicionais em âmbito intra-hospitalar.<sup>(8-10-14)</sup> Em cinco estudos,<sup>(9-16-18-20)</sup> o método *follow-up* foi usado para acompanhar pessoas idosas em domicílio após a alta. As duas categorias com estudos que sustentaram sua construção, a partir dos códigos oferecidos pelo *software* (Quadro 3).

## Discussão

A implementação de estratégias de cuidado para a transição hospital-domicílio de pessoas idosas re-

quer compreensão sobre o envelhecimento como um processo multidimensional que abrange diversidades, singularidades, subjetividades e questões multifatoriais envolvidas no contexto de vida individual.<sup>(21)</sup>

Tais situações estão articuladas com o adoecimento, devendo ser identificadas ainda na admissão, compreendidas ao longo da internação, possibilitando que a equipe de saúde planeje o cuidado individualmente, reconhecendo necessidades, preferências e possibilidades no contexto das pessoas e suas redes de relações.<sup>(8)</sup>

Nesta RI, a avaliação da enfermagem e o planejamento da alta hospitalar ocorreram durante a internação,<sup>(8,10-16,19)</sup> e a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) foi usada para identificar necessidades clínicas e sociais.<sup>(13,14,16,19)</sup> Nesta avaliação, um dos estudos usou a teoria de Virginia Henderson (14 componentes), possibilitando observar aspectos de autonomia, independência, cognição e sociabilidade das pessoas.<sup>(10)</sup>

A avaliação também envolveu a equipe multiprofissional, considerando fatores de ordem clínica, funcional, cognitiva, social, mental, emocional, his-

**Quadro 2. Caracterização dos artigos selecionados**

Autores/anos	Países Tipos de estudo	Participantes	Estratégias da equipe de enfermagem para os cuidados de transição hospital-domicílio
Sarzynski <i>et al.</i> , 2019 <sup>(7)</sup>	EUA, Mid-Michigan Estudo qualitativo; grupo focal	Enfermeiros de assistência domiciliar (n=19)	Implementação de protocolos para ajuste medicamentoso antes da primeira consulta de acompanhamento ambulatorial. Simplificação do regime medicamentoso. Orientação em saúde adotando materiais com linguagem simples; Triagem dos determinantes sociais de saúde (financeiro, transporte e ambiente doméstico); Identificação do cuidador e suas informações de contato
Kim <i>et al.</i> , 2020 <sup>(8)</sup>	Coréia do Sul Entrevista com grupo focal e consulta a especialistas.	Enfermeiros e médicos	Triagem e avaliação do <i>geriatric screening for care-10</i> , abrangendo dez domínios: Comprometimento cognitivo, depressão, delírio, polifarmácia, declínio funcional, disfagia, desnutrição, incontinências urinária e fecal, dor.
Cheen <i>et al.</i> , 2017 <sup>(9)</sup>	Cingapura Estudo observacional retrospectivo	Enfermeiros coordenadores de cuidados e farmacêuticos	Visita domiciliar de farmacêuticos e coordenadores de atendimento e/ou cuidado (enfermeiros) para dar informações sobre o gerenciamento de doenças, revisão abrangente e aconselhamento medicamentoso.
Hansen <i>et al.</i> , 2021 <sup>(10)</sup>	Dinamarca Estudo controlado randomizado	Enfermeiras apoiadas por um clínico geral	Avaliação geriátrica ampla baseada nos 14 componentes da enfermagem conforme a teoria de Virginia Henderson. Revisão da lista de prescrição.
Wang <i>et al.</i> , 2019 <sup>(11)</sup>	Tailândia Estudo prospectivo de caso-controle	Enfermeiras especialistas em alta, geriatras e fisioterapeuta	Avaliação geriátrica abrangente do paciente antes da alta hospitalar por enfermeiras especialistas em alta. Promoção dos cuidados de longo prazo no domicílio, comunicando aos prestadores antes da alta do paciente.
Allen <i>et al.</i> , 2020 <sup>(12)</sup>	Austrália Estudo qualitativo	Equipe multi, majoritariamente composto por enfermeiras (n=25)	Discussão entre equipes multiprofissionais para transição rápida e segura. Elaboração de plano de alta hospitalar para o ambiente domiciliar; Envolvimento de pacientes e cuidadores nos cuidados de transição.
Costa <i>et al.</i> , 2019 <sup>(13)</sup>	Espanha Estudo qualitativo	Enfermeiras de ligação hospitalar (n=19)	Avaliação e verificação da necessidade de cuidado através de consulta à equipe multiprofissional e reunião interdisciplinar. Avaliação dos pacientes antes da alta hospitalar, incluindo os domínios físico, cognitivo, mental, social e emocional; Uso de instrumentos como Gordon, Barthel, Pfeiffer e Zarit para avaliação de cuidados complexos (feridas), estado nutricional e informações sobre o cuidador. Avaliação social; Aplicação de questionário de risco social (TIRS).
Verweij <i>et al.</i> , 2018 <sup>(14)</sup>	Holanda Estudo multicêntrico simples-cego com randomização	Enfermeiras especialistas em cardiologia, geriatria e cuidados comunitários e um fisioterapeuta	Planejamento da alta e elaboração de planos de cuidados baseados na avaliação geriátrica abrangente, condição de saúde atual e prescrição de medicamentos. Emprego de fisioterapeuta da atenção primária para reabilitação cardíaca no domicílio antes da alta hospitalar. Verificação de medicamentos em uso no domicílio e prescritos na alta hospitalar.
Arbaje <i>et al.</i> , 2010 <sup>(15)</sup>	EUA, Johns Hopkins Estudo de coorte	Enfermeira geriátrica e um médico geriatra	Educação de idosos e cuidadores sobre medicamentos e habilidades de autogerenciamento antes da alta hospitalar Orientações realizadas 48 h após a alta, via fax sobre a descrição da hospitalização e mudanças no regime medicamentoso. Uso de telefonemas para os pacientes ou cuidadores revisando os sintomas, uso de medicamentos, habilidades de autogerenciamento.
Buurman <i>et al.</i> , 2016 <sup>(16)</sup>	Holanda Ensaio clínico duplo-cego, multicêntrico e randomizado	Enfermeira de cuidados comunitários	Avaliação geriátrica abrangente Discussão sobre os planos de cuidados, necessidades e tratamentos antes da alta, envolvendo enfermeiras, idosos e cuidadores informais Avaliação das necessidades dos idosos, reconciliação medicamentosa e esclarecimento de dúvidas após alta hospitalar.
Chareh <i>et al.</i> , 202 <sup>(17)</sup>	Alemanha Análise secundária de ensaio controlado randomizado não-cego	Enfermeiros (n=5), um gerente de caso e um terapeuta ocupacional	Desenvolvimento de planos de cuidado individualizado abrangente envolvendo profissionais da saúde, idosos e familiares. Avaliação de problemas nutricionais, funcionalidade, cognição, gerenciamento medicamentoso, condições do ambiente domiciliar, dificuldades nas Atividades Básicas de Vida Diárias e autocuidado dos idosos no domicílio
Stauffer <i>et al.</i> , 2011 <sup>(18)</sup>	EUA, Dallas-Fort Worth, norte do Texas Estudo piloto	Enfermeiras de prática avançada	Educação do idoso e cuidadores 72 h após alta para estabelecer metas, orientá-los sobre a gravidade da insuficiência cardíaca, revisar o comportamento e habilidades gerais em saúde.
Jepma <i>et al.</i> , 2021 <sup>(19)</sup>	Holanda Ensaio multicêntrico randomizado controlado	Programa liderado por enfermeiras	Avaliação geriátrica abrangente para identificar condições geriátricas e desenvolver um plano de cuidados integrado. Entrega do plano de cuidados integrados ao idoso para o preparo da alta. Visitas domiciliares para reconciliação medicamentosa, sinalização precoce de agravamento, complicações de saúde e avaliação do plano de cuidados.
Finlayson <i>et al.</i> , 2018 <sup>(20)</sup>	Austrália Ensaio controlado randomizado	Enfermeiras e um fisiologista do exercício	Visita domiciliar 48 h após a alta para avaliar: 1. Apoio suficiente do cuidador para com o idoso 2. Segurança do ambiente doméstico, 3. Acesso a medicamentos e curativos, 4. Compreensão do regime medicamentoso e do tratamento 5. Reforço do programa de exercícios e uso do pedômetro em casa 6. Aconselhamento e apoio ao cuidador

**Quadro 3.** Categorias temáticas e estudos que abordaram o conteúdo explorado

Categorias	Estudos que abordaram o conteúdo
Estratégias de cuidado desempenhadas pela enfermagem no ambiente hospitalar para a transição do cuidado ao domicílio.	(8-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19)
Estratégias desempenhadas pela enfermagem para continuidade do cuidado na comunidade.	(7-8-9-10-12-13-14-15-16-17-18-19-20)

tórico de internações, grau de dependência, rede de apoio, autogerenciamento etc.<sup>(11-13,15,16,19)</sup> Ela considerou ainda o risco de quedas, o uso de medicamentos e as principais síndromes geriátricas.<sup>(15)</sup>

No Brasil, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 2006,<sup>(22)</sup> sendo usada na atenção básica. Ela seria um bom instrumento para avaliação e acompanhamento de pessoas idosas na transição ao domicílio pois considera a AGA e possibilita acompanhamento na comunidade.

Os autores de estudos incluídos nesta revisão apontaram a importância da enfermeira de cuidados comunitários avaliar e planejar a alta hospitalar ainda durante a internação, por meio de visitas hospitalares, continuando as visitas domiciliares após a alta.<sup>(12-14,16,19)</sup> Em caso de readmissão, as visitas hospitalares devem ser retomadas por elas.<sup>(18)</sup>

Isso possibilita iniciar um plano de cuidado individualizado junto aos demais profissionais, sugerindo, questionando e contribuindo para o plano de alta, assegurando que ele seja eficaz no domicílio.<sup>(12,16)</sup> Além disso, ele permite que a enfermeira possa se encontrar com a pessoa idosa e seu cuidador durante a internação, iniciando o contato e o planejamento da alta com brevidade e conjuntamente, fortalecendo a rede de apoio informal.<sup>(16)</sup>

Na Holanda, um estudo mostrou um programa de cuidados de transição coordenado por enfermeiras. Nele, a enfermeira registrada em cuidados comunitários visita os idosos participantes (todos com idade  $\geq 70$  anos) pelo menos um dia antes da alta hospitalar para discutir o plano de cuidados, as intervenções em curso, a clínica atual, a prescrição medicamentosa e as recomendações terapêuticas.<sup>(14)</sup>

Na Coreia do Sul, um sistema integrado de serviços de saúde voltado às pessoas idosas possibilita que o plano de cuidados e de alta sejam desenvolvidos por médicos e enfermeiros, a partir dos re-

sultados obtidos na avaliação inicial. A enfermeira ainda avalia antes da alta, para monitorar a condição clínica e elaborar um plano de continuidade dos cuidados em domicílio, o qual é entregue às pessoas idosas e seus cuidadores.<sup>(8)</sup>

Em um hospital universitário na Dinamarca, as pessoas idosas recebem do departamento geriátrico um planejamento e uma carta antes da alta, contendo resultados de exames, diagnósticos, medicamentos usados e em uso, planos de reabilitação, etc. Uma versão eletrônica da carta é também enviada ao serviço de saúde do município e uma cópia é entregue ao familiar quando há consentimento.<sup>(10)</sup>

No Brasil, essa interlocução é prevista no sistema de referência e contrarreferência, estando inserida na Rede de Atenção à Saúde.<sup>(23)</sup> Entretanto, os movimentos nessa direção são poucos na prática clínica, embora a alta segura esteja descrita em Portaria na Legislação Brasileira.<sup>(24)</sup>

Considerando as especificidades do cuidado às pessoas idosas, os autores destacaram o treinamento das equipes de saúde através de uma educação continuada para o envolvimento dos profissionais no cuidado de transição.<sup>(14,15,17)</sup>

A educação em saúde de pessoas idosas hospitalizadas e seus cuidadores é uma estratégia que deve ser empregada pela equipe de enfermagem, compartilhando informações sobre saúde e as melhores práticas para sua manutenção. Sobre a educação em saúde, a importância de envolver idosos e seus cuidadores no planejamento da transição do cuidado foi apontada pelos autores, discutindo as demandas e intervenções necessárias com a equipe assistencial,<sup>(12,15)</sup> incorporando a comunicação acessível e efetiva entre as pessoas envolvidas na prática assistencial.<sup>(25)</sup>

Considerando as necessidades das pessoas idosas, tais estratégias promovem uma transição mais eficaz e segura quando conjugadas. Após a alta hospitalar, os cuidados devem ser continuados por meio de estratégias para acompanhar e implementar ações integrais e individualizadas, considerando as necessidades das pessoas idosas.

A continuidade dos cuidados pode ser realizada pela própria pessoa idosa, seus familiares ou cuidadores em hospitais, unidades de reabilitação, instalações de enfermagem, etc. É importante que as

necessidades sejam compartilhadas entre a equipe hospitalar e os demais serviços de saúde.<sup>(8)</sup>

Um estudo bibliográfico que investigou a adaptação de longevos em seus domicílios após internação na Unidade de Terapia Intensiva concluiu que a maioria deles necessita de cuidados específicos e continuados para as atividades cotidianas. Com isso, foi ressaltada a importância de um plano transicional de cuidados individualizados durante a internação visando sua continuidade, melhor recuperação e reabilitação no domicílio.<sup>(26)</sup>

A atuação da rede primária de saúde é fundamental para uma continuidade segura do cuidado, e a articulação entre os níveis de atenção primária e terciária deve começar durante a internação.<sup>(8,13,14)</sup> Porém, o contato com as Unidades Básicas de Saúde no Brasil costuma ser feito pela pessoa acometida ou seu cuidador após a alta hospitalar.

Um modelo de cuidado usado nos EUA permite que a equipe (enfermeira e médico geriatra) acompanhe a pessoa idosa após a alta, mantendo comunicação com o médico da atenção primária para assegurar a continuidade do atendimento.<sup>(15)</sup>

Um outro estudo destacou o papel das enfermeiras nesse processo, realizando a contrarreferência de forma sistemática e individualizada. Para isso, é importante que os enfermeiros conheçam os recursos disponíveis na comunidade e mantenham contato com outros profissionais de saúde na área de assistência aos idosos.<sup>(13)</sup>

Um programa desenvolvido na Espanha e coordenado por enfermeiras, assegura ao idoso uma visita de enfermeira ou médico da atenção primária em até 48 h após o retorno domiciliar. A coordenação entre hospital e Atenção Primária é realizada pela enfermeira da Atenção Primária através de uma plataforma eletrônica.<sup>(13)</sup>

As visitas realizadas por profissionais de enfermagem nos domicílios de idosos que estiveram hospitalizados é também uma importante estratégia para a continuidade do cuidado na comunidade.<sup>(7,9,10,12,14,16-20)</sup> Por meio dessas visitas, a enfermeira pode acompanhar o plano de cuidados desenvolvido no hospital, reavaliar a pessoa idosa, identificar possíveis mudanças e novas demandas ao plano.<sup>(12)</sup>

Houve divergência entre os estudos sobre a periodicidade das visitas domiciliares realizadas pela enfermeira na comunidade. Alguns autores pontuaram esta periodicidade dois dias após a alta<sup>(14,16,20)</sup> na primeira semana<sup>(17)</sup> e duas semanas depois.<sup>(9)</sup> Após a primeira visita, as demais ocorreram em duas, seis, 12 e 24 semanas;<sup>(16)</sup> em uma, três e seis semanas e mais uma visita dentro de 12 semanas após a alta se necessário conforme demandas identificadas;<sup>(14)</sup> ou quatro visitas nas primeiras seis semanas e uma visita extra nos primeiros três meses após a alta quando indicada.<sup>(19)</sup> Outro estudo afirmou realizar pelo menos oito visitas domiciliares a cada paciente.<sup>(18)</sup>

As finalidades das visitas domiciliares eram as seguintes: resolver problemas pendentes;<sup>(9)</sup> revisar necessidades gerais relacionadas à saúde, identificar a disponibilidade da rede de apoio;<sup>(18)</sup> realizar a AGA, a reconciliação medicamentosa, avaliar o plano de cuidados e a condição clínica atual;<sup>(14,16,19)</sup> identificar problemas nutricionais, funcionalidade física e cognitiva, condições do ambiente doméstico e autocuidado;<sup>(17)</sup> sinalizar precocemente agravamento ou complicações de saúde.<sup>(19)</sup>

Na Holanda, um projeto realizado em três hospitais com organizações afiliadas de assistência domiciliar ratificou que a enfermeira registrada em cuidados comunitários realizava a visita na instituição dentro de dois dias após a alta hospitalar mesmo nos casos em que o idoso recebeu alta para uma casa de repouso.<sup>(16)</sup>

Assim como observado durante a internação hospitalar, a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional de saúde foi destacada como essencial ao cuidado integral nas visitas domiciliares,<sup>(19)</sup> pois possibilitou discutir integradamente questões relacionadas à saúde do idoso conforme demandas específicas.

Em um programa de transição do cuidado em Cingapura, enfermeiras e farmacêuticos realizavam visitas domiciliares a pessoas idosas com necessidades relacionadas ao uso de medicamentos, sendo o médico contactado pelo farmacêutico quando necessário.<sup>(9)</sup>

Conforme observado no estudo de Jepma *et al.* (2021),<sup>(19)</sup> as visitas domiciliares também ofereceram oportunidade para ações de educação em saúde com cuidadores informais e promoveram habilida-

des de auto gerenciamento a pessoas idosas. Idosos com doenças crônicas mostraram desenvoltura para o autogerenciamento e foram capazes de identificar situações de deterioração em sua saúde para realizar a consulta com a enfermeira especialista.

Contato telefônico realizado por profissionais da enfermagem com pacientes e/ou cuidadores foi outra estratégia usada.<sup>(15,17,18,20)</sup> As ligações telefônicas foram realizadas dois dias após a alta,<sup>(15)</sup> com tele acompanhamento por 24 semanas<sup>(20)</sup> até 12 meses.<sup>(17)</sup> Após a alta, o número de visitas domiciliares e/ou contatos telefônicos variaram conforme necessidades individuais.<sup>(17,20)</sup> Por meio de ligações telefônicas, as enfermeiras revisam sintomas, medicamentos em uso e habilidades de autogerenciamento, possibilitando instruções e adaptações ao plano de cuidado conforme as mudanças sociais e a saúde física.<sup>(15,17)</sup>

Os estudos incluídos nesta RI não indicaram a participação dos demais membros da equipe de enfermagem durante a assistência na beira do leito e na atenção básica, apesar de sua importância pela proximidade com as pessoas hospitalizadas e seus familiares e/ou cuidadores. Técnicos e auxiliares de enfermagem são pouco citados em estudos sobre o tema, possivelmente porque em muitos países essa divisão não existe.

Entretanto, é importante destacar que no Brasil tais profissionais vivenciam grande parte dos cuidados diretos às pessoas idosas durante a internação, podendo e/ou devendo desempenhar atividades essenciais para uma transição segura e adequada, como o planejamento da alta, orientação para a continuidade do cuidado em domicílio etc.<sup>(27)</sup>

Além disso, foi observada pouca atuação da enfermagem com os cuidadores, que são parceiros importantes nessa transição e também precisam de atenção. Frequentemente, eles são os responsáveis diretos pelos cuidados realizados em idosos dependentes em domicílio, sendo assim fundamental o papel de enfermeiros na capacitação dessas pessoas.<sup>(28)</sup>

## Conclusão

Na transição hospital-domicílio de pessoas idosas, a participação de enfermeiras é majoritária. Durante a internação hospitalar, as estratégias consideram o

cuidado individualizado para posterior planejamento da alta hospitalar. Pontuamos as visitas hospitalares realizadas pela enfermeira de cuidados comunitários para planejamento da alta em conjunto; treinamento da equipe assistencial através da educação continuada; ações de educação em saúde às pessoas idosas hospitalizadas e seus cuidadores. Na comunidade, são necessários a implementação do plano para a continuidade dos cuidados, atenção primária articulada com a atenção terciária de saúde, visitas domiciliares para acompanhamento, avaliação e revisão das necessidades com ajuste do plano se necessário, educação em saúde para as pessoas idosas e familiar/cuidador, contatos telefônicos para acompanhamento e ajustes do plano de cuidados quando necessário. A comunicação entre a equipe multiprofissional e a atenção primária e secundária é importante. A enfermagem é protagonista no processo transicional, consolidando as ações durante a internação e após a alta hospitalar. É necessário mapear essa realidade no Brasil, dando visibilidade às ações de enfermeiras brasileiras no cuidado transicional.

## Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## Referências

1. Billett MC, Campanharo CR, Lopes MC, Batista RE, Belasco AG, Okuno MF. Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):43-8.
2. Sousa LS, Pontes ML, Pereira RR, Leite MA, Nova FA, Monteiro EA. Older adult transition from hospital to home from caregivers'/older adults' perspective: a scoping review. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE03631. Review.
3. Meleis AI. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer Publishing Company; 2010.
4. Menezes TM, Oliveira AL, Santos RA, Pedreira LC, Veras SM. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):294-301. Review.
5. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção de estudos primários em revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170204.

6. Galvão TF, Pansani TS. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):335-42.
7. Sarzynski E, Ensberg M, Parkinson A, Fitzpatrick L, Houdeshell L, Given C, et al. Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care. *Geriatr Nurs*. 2019;40(3):277-83.
8. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim HJ, Shin J, Park JM, et al. Development of a senior-specific, citizen-oriented healthcare service system in South Korea based on the Canadian 48/6 model of care. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):32.
9. Cheen MH, Goon CP, Ong WC, Lim PS, Wan CN, Leong MY, et al. Evaluation of a care transition program with pharmacist-provided home-based medication review for elderly Singaporeans at high risk of readmissions. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):200-5.
10. Hansen TK, Pedersen LH, Shahla S, Damsgaard EM, Bruun JM, Gregersen M. Effects of a new early municipality-based versus a geriatric team-based transitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients - a randomised controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;97:104511.
11. Wang YC, Lu YP, Wang JH, Liang CK, Choul MY, Lin YT. The Effectiveness of a Timely Discharge Plan in Older Adults: A Prospective Hospital-Based Cohort Study in Southern Taiwan. *Aging Med Healthcare*. 2019;10(3):104-8.
12. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Communication and Coordination Processes Supporting Integrated Transitional Care: Australian Healthcare Practitioners' Perspectives. *Int J Integr Care*. 2020;20(2):1-10.
13. Costa MF, Andrade SR, Soares CF, Pérez EI, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03477.
14. Verweij L, Jepma P, Buurman BM, Latour CH, Engelbert RH, Ter Riet G, et al. The cardiac care bridge program: design of a randomized trial of nurse-coordinated transitional care in older hospitalized cardiac patients at high risk of readmission and mortality. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):508.
15. Arbaje AI, Maron DD, Yu Q, Wendel VI, Tanner E, Boulton C, et al. The geriatric floating interdisciplinary transition team. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):364-70.
16. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, Blok W, van Deelen BA, Moll van Charante EP, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):302-9.
17. Chareh N, Rappol A, Rimmel M, Wingenfeld K, Freiburger E, Sieber CC, et al. Does a 12-Month Transitional Care Model Intervention by Geriatric-Experienced Care Professionals Improve Nutritional Status of Older Patients after Hospital Discharge? A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2021;13(9):3023.
18. Stauffer BD, Fullerton C, Fleming N, Ogola G, Herrin J, Stafford PM, et al. Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure: a prospective study with concurrent controls. *Arch Intern Med*. 2011;171(14):1238-43.
19. Jepma P, Latour CH, Ten Barge IH, Verweij L, Peters RJ, Scholte Op Reimer WJM, et al. Experiences of frail older cardiac patients with a nurse-coordinated transitional care intervention - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):786.
20. Finlayson K, Chang AM, Courtney MD, Edwards HE, Parker AW, Hamilton K, et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):956.
21. Manso ME, Camilo CG, Javitti GC, Benedito VL. Capacidade funcional no idoso longo: revisão integrativa. *Rev Kairós-Gerontol*. 2019;22(1), 563-74. Review.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Caderno de Atenção Básica nº 19) [citado 2022 Dez 10]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2023 Maio 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825/2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 Maio 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)
25. Midega TD, Oliveira HS, Fumis RR. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):147-55.
26. Pessoa LS, Pedreira LC, Santos JL, Souza LM, Góes RP, Lopes AO. Adaptation of the elderly at home after intensive unit discharge ação de longevos no domicílio após alta da unidade intensiva. *J Nurs UFPE On Line*. 2019;13:e241635.
27. Valente SH, Zacharias FC, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transition of elder care from hospital to home: nursing experience. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE02687.
28. Melo R, Rua M, Santos C, Novais S, Mota L, Príncipe F, et al. Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Rev Invest Inov Saúde*. 2021;4(1):61-73.