

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

**PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM
DOMICÍLIO**

CURITIBA

2025

ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

**PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM
DOMICÍLIO**

Hospital discharge protocol for home care of elderly People

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em Ciências do
Programa de Pós-Graduação em Engenharia
Biomédica da Universidade Tecnológica
Federal do Paraná (UTFPR).

Orientadora: Prof.Dra. Frieda Saicla Barros

CURITIBA

2025



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM DOMICÍLIO

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Ciências da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Engenharia Biomédica.

Data de aprovação: 16 de Dezembro de 2025

Dra. Frieda Saicla Barros, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Cristhiane Goncalves, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Denilsen Carvalho Gomes, Doutorado - Escola de Saúde Pública - Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 17/12/2025.

Dedico esse trabalho à enfermagem que me ensinou a escutar com o coração, à engenharia biomédica que me mostrou a força da tecnologia a serviço da vida, ao Sistema Único de Saúde, que – inspira minha fé na equidade, na humanidade e no direito de todos a um cuidado digno, e aos idosos que me ensinaram que o verdadeiro cuidado está em respeitar o tempo da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que os caminhos não são trilhados sozinhos e que as conquistas são frutos colhidos diante de ensinamentos, presenças e incentivos que recebemos. A gratidão expressa a sensibilidade e a consciência de que o conhecimento e o crescimento se constroem no coletivo. Agradecer é reviver cada momento da trajetória e transformá-la em ação por meio dos objetivos alcançados.

Obrigada ao grande amor da minha vida, minha filha Mada, aos meus pais, Marli e Wilson, que hoje celebram esse momento lá no céu, pelo incentivo e pela compreensão.

Agradeço imensamente às minhas queridas amigas e colegas de profissão, Márcia e De, pelo apoio, pela dedicação nos dias chuvosos e de tempestade, mas também por me lembrarem sempre que, depois, o sol volta a brilhar.

Agradeço à Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais pelo apoio aos trabalhadores em sua missão de crescimento profissional.

Agradeço imensamente à Universidade Tecnológica Federal do Paraná por me ter acolhido e me ter oportunizado a continuidade dos meus estudos e a realização de um sonho de muitos anos, a obtenção do título de mestre.

E, por fim, a minha mais sincera gratidão a uma professora diferenciada e acolhedora, não apenas preocupada com a qualidade do ensino, mas também com a sua postura empática. Obrigada, Prof. Dra. Frieda Saicla Barros, por todas as orientações e ensinamentos, pela sua exaustiva paciência e por não me deixar desistir nos momentos mais difíceis que passei nesse caminho.

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma acelerada e sem precedentes, configurando um dos maiores desafios contemporâneos para as políticas públicas de saúde. A fragmentação do processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção à saúde impacta diretamente as orientações recebidas pelo idoso e pelo cuidador familiar no momento da alta hospitalar. A falta de clareza das informações, muitas vezes sem registro por escrito, dificulta o processo de retorno e de ambientação do idoso em domicílio. Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa é desenvolver um Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio. Trata-se de um estudo metodológico qualitativo realizado em três etapas. (i) A revisão integrativa da literatura obteve a percepção dos enfermeiros sobre o processo de alta hospitalar e foi utilizada para (ii) a construção de um instrumento denominado Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio. (iii) O processo de validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio foi realizado por 40 enfermeiros juízes que atuam no processo de alta hospitalar. Os enfermeiros responderam a um questionário do tipo Likert. Conclui-se que este estudo alcançou os objetivos propostos, considerando o resultado da revisão integrativa da literatura, que possibilitou a construção do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio, e que a validação do instrumento apresentado foi alcançada com o escore do Índice de Validação do Conteúdo (IVC) satisfatório (0,97 a 1), bem como o produto desta pesquisa, denominado "Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio". Este estudo pode contribuir para os avanços do conhecimento nas áreas de gerontologia, enfermagem e tecnologia em saúde, nas perspectivas metodológicas e de cuidado, para a discussão de novas práticas e políticas de saúde direcionadas à assistência à população idosa que necessita de cuidados hospitalares e aos seus cuidadores familiares. Como limitação, destaca-se a realização do estudo em um único hospital, o que pode comprometer a generalização dos resultados. Estudos posteriores podem ser desenvolvidos com vistas à avaliação do impacto desse instrumento na prática clínica e na vivência desses pacientes pós-alta, o que poderá evidenciar a efetividade do protocolo.

Palavras-Chave: Protocolo; Alta Hospitalar; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Population aging in Brazil is occurring rapidly and at an unprecedented pace, constituting one of the greatest contemporary challenges for public health policies. The fragmentation of work processes across different levels of healthcare directly affects the guidance provided to older adults and their family caregivers at hospital discharge. The lack of clarity in the information, often without written documentation, hinders the older adult's reintegration and adaptation at home. Therefore, the aim of this study is to develop a Hospital Discharge Protocol for the care of older adults at home. This is a qualitative methodological study conducted in three stages. (i) An integrative literature review was carried out to understand nurses' perceptions regarding the hospital discharge process and served as the basis for (ii) constructing an instrument entitled Hospital Discharge Protocol for the care of older adults at home. (iii) The validation process of the Hospital Discharge Protocol for the care of older adults at home was conducted with 40 nurse judges who work directly with discharge processes. The mean age of participants was 36.17 years, and the average time since degree completion was 12.1 years. Concerning sex, 32 participants were female and eight were male. The nurses responded to a Likert-type questionnaire. Validation of the proposed instrument was achieved in its first version, with a satisfactory Content Validity Index (CVI) ranging from 0.97 to 1.0. The study concludes that its objectives were achieved, based on the results of the integrative literature review that supported the development of the Hospital Discharge Protocol for the care of older adults at home, and on the successful validation of the instrument in its first version, which achieved a satisfactory CVI score (0.97 to 1.0). The resulting product of this research, the "Hospital Discharge Protocol for the Care of Older Adults at Home," has the potential to advance nursing and gerontology, both methodologically and in care. Additionally, it supports discussion of new practices and health policies for older adults requiring hospital care and their family caregivers. A limitation of this study is that it was conducted in a single hospital, which may restrict the generalizability of the findings. Future studies may evaluate the impact of this instrument on clinical practice and on patients' post-discharge experiences, which may help determine the protocol's effectiveness.

Keywords: Protocol; Hospital Discharge; Older Adults; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Seleção dos Artigos.....	36
Figura 2 - Elaboração do Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio. ...	38
Figura 3 - Fórmula de Cálculo do índice de Vaidade do Conteúdo (IVC).....	41
Figura 4 - Processo de Validação do Instrumento.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização da Amostra da Revisão Integrativa	43
Quadro 2 - Eixo Temático 1- Cuidado Direto no Processo de Alta Hospitalar	46
Quadro 3 - Eixo Temático 2 – Cuidado Direto no Processo de Alta Hospitalar.....	46
Quadro 4 - Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio validado pelos juízes.....	48
Quadro 5 - Observações e sugestões dos juízes sobre o domínio	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná 2024.....	25
Tabela 2 – Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.....	26
Tabela 3 - Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.....	27
Tabela 4 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.	28
Tabela 5 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.	28
Tabela 6 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.	29
Tabela 7 - Pontuação utilizada na Avaliação do Instrumento.....	41
Tabela 8 - Frequência de pontuação dos avaliadores e representatividade entre os domínios.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Domínio A – Aparência do Instrumento.	52
Gráfico 2 - Domínio B – linguagem do Instrumento.....	53
Gráfico 3 - Domínio C – Conteúdo do Instrumento.	53

LISTA DE SIGLAS

ABVDS	Atividades básicas de vida diária
AD	Atenção Domiciliar
AIVDS	Atividades Instrumentais da vida diária
AVD	Atividade de Vida Diária
APS	Atenção Primária a Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID-10	Código Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DM	Diabetes mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVC	Índice de Validade do Conteúdo
MIF	Medida da Independência Funcional
MPI	Medicamento Potencialmente Inapropriado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSI	Política de Saúde do Idoso
RAM	Reação Adversa Medicamentosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIs	Unidades de Contexto I

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	17
1.2 HIPÓTESE	17
1.3 OBJETIVO GERAL	18
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO IDOSA	19
2.2 MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE	21
2.3 O IDOSO E A INTERNAÇÃO HOSPITALAR	24
2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DA FAMÍLIA APÓS A ALTA HOSPITALAR	30
3 METODOLOGIA	32
3.1 APROVAÇÃO DO CEP E ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	32
3.2 TIPO DE ESTUDO	32
3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	37
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
3.5 ETAPAS DO ESTUDO	34
3.5.1 Etapa 1 – Revisão Integrativa de Literatura	35
3.5.2 Etapa 2 – Elaboração do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio.	37
3.5.3 Validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio pelos enfermeiros do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais.	43
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	42
4 RESULTADOS	43
4.1 Resultados da revisão integrativa de literatura	43
4.2 O Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio	47
4.3 Resultado da Validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio	51
5 DISCUSSÃO	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERENCIAS	70
ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o crescimento da população idosa tem ocorrido em ritmo acelerado e sem precedentes. Segundo os indicadores sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, o percentual de pessoas com 65 anos ou mais atingiu 10,5% da população total do país. No último Censo do IBGE de 2022, a população jovem representou 21,5% do total (IBGE, 2023).

Por sua vez, os idosos passaram a representar 15% do povo brasileiro, ou seja, mais de 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que corresponde a um incremento de 400% em relação ao índice anterior. A estimativa é de que, nos próximos 20 anos, esse número triplique. (IBGE, 2023).

De acordo com o Censo, as regiões Sul e Sudeste são as mais envelhecidas do país. Ambas tinham, em 2010, 8,1% da população composta por idosos com 65 anos ou mais, enquanto a proporção de crianças menores de cinco anos era, respectivamente, de 6,4% e 6,5% (IBGE, 2010). Já em 2023, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontou que, dos 203,2 milhões de habitantes brasileiros, 32 milhões eram idosos, o que corresponde a 15% da população (IBGE, 2023).

A estimativa é de que, nas próximas décadas, o número de idosos deva atingir 53 milhões em 2040 e 70 milhões em 2070. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país e é influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades (IBGE, 2023).

Além disso, a proporção de idosos com 80 anos ou mais está aumentando; ou seja, a população mais velha também está envelhecendo. Essa parcela populacional pode ser denominada idosos, muito idosos, idosos mais idosos, idosos mais velhos e idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos), além de octogenários, nonagenários e centenários, sendo esses últimos quando se faz referência à década de vida em que o idoso se encontra (Brasil, 2006).

Segundo projeção do IBGE, a população de idosos com 80 anos ou mais crescerá 8,8% ao ano ao longo de duas décadas. A proporção destes idosos correspondia a 1.586.958 em 2000. Em 2015, este número era de 2.410.106 e, para 2030, a projeção é de 13.748.708. Estima-se que em 2070 haverá 1,93% de idosos

longevos, e os idosos em geral, representarão um quinto da população, ou seja, 19% (IPEA,2023).

Apesar dos avanços na criação de políticas públicas para a saúde do idoso e da aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e as necessidades dos idosos ainda não são plenamente atendidos. O aumento da longevidade tem exigido atenção dos profissionais de saúde, dos pesquisadores, das autoridades governamentais e da comunidade em geral por trazer grandes repercussões para a sociedade (TORRES *et al.*, 2020). A velhice é uma etapa do ciclo de vida cuja especificidade demanda atenção especializada em saúde e, portanto, recursos humanos qualificados para o cuidado dessas pessoas (ROCHA FILHO e FRANCISCHETO, 2022). Sabe-se que há escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Em contrapartida, há um aumento no número de idosos que buscam assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde e que apresentam doenças crônicas e incapacidades funcionais. Além disso, a população idosa é extremamente heterogênea e tende a se tornar cada vez mais marcante à medida que o envelhecimento avança (CASTRO *et al.*, 2020).

O aumento da longevidade tem exigido atenção dos profissionais de saúde, dos pesquisadores, das autoridades governamentais e da comunidade em geral por trazer grandes repercussões para a sociedade. O processo de envelhecimento, na perspectiva biogerontológica, é conceituado como dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que ocasiona maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam na morte (LOBATO e CAETANO, 2022).

De acordo com FRANCISCO *et al.* (2022), a senescência, por si só, é responsável pelo aumento da prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente, pela demanda por serviços de saúde. As principais causas de internação/reinternação dos idosos estão relacionadas às doenças crônicas, entre elas a hipertensão, o Diabetes Mellitus, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a Doença de Alzheimer e suas complicações. Isso porque as doenças crônicas são fatores de risco para o desenvolvimento da incapacidade funcional do idoso, ou seja, das perdas de

capacidades físicas e mentais necessárias ao desempenho das atividades de vida diária (ONÓFRIO *et al.*, 2024).

Para SÉLTIK *et al.* (2022), a incapacidade funcional, por sua vez, pode desencadear as grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária, iatrogenia e insuficiência familiar), que também concorrem para a necessidade de hospitalização do idoso.

A hospitalização do idoso é considerada de alto risco para as pessoas mais velhas, em razão das singularidades próprias desta faixa etária, como doenças crônicas, uso de múltiplos medicamentos e incapacidade funcional, que contribuem para o agravamento de seu estado de saúde (ANDRADE *et al.*, 2020).

Estudos mostram que os idosos são os responsáveis pelo maior número de ocupação dos leitos hospitalares, com média de permanência de aproximadamente 2 (dois) dias a mais do que a apresentada pelas demais faixas etárias, o que demanda mais recursos humanos, materiais e financeiros, além de maior tempo de atendimento, o que se traduz em recuperação mais lenta e prolongada (BORGES *et al.*, 2023).

A desospitalização deve ser realizada o mais breve possível, com o intuito de reduzir sequelas e o aumento da incapacidade funcional. A continuidade do cuidado pós-alta reforça a segurança e autonomia do sujeito (GHENO e WEIS, 2021).

Para SILVA *et al.* (2021), os profissionais de saúde são responsáveis diretos pelo alcance dos objetivos preconizados pela Política de Saúde do Idoso (PSI), na qual devem buscar o conhecimento contínuo para possibilitar um atendimento sistematizado e de boa qualidade. Ressalta-se, ainda, que cuidar do idoso pós-internação é muito importante para obter melhores resultados na sua recuperação e na eficácia do tratamento, pois este se encontra, muitas vezes, em situação de fragilidade clínica ou de vulnerabilidade social após a internação, necessitando de uma assistência integral, 24 horas por dia (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A saúde do idoso pode ser identificada pela funcionalidade global, que é a capacidade de gerir sua própria vida com autonomia e independência (PREDEBON, 2021). A hospitalização é reconhecida como fator de risco para o declínio funcional em pessoas idosas, devido à má nutrição, ao repouso excessivo, à privação de sono e à polifarmácia. Essas condições, associadas às comorbidades pré-existentes no idoso, o tornam suscetível a agravos adicionais durante a internação (ANDRADE *et al.*, 2020).

Em estudo observacional descritivo prospectivo de coorte, com 129 idosos internados no Hospital Estadual Bauru em São Paulo, foi verificada a trajetória da funcionalidade desses idosos por condições clínicas, condições sócio demográficas, causas de internações, funcionalidade com avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) pelo Índice de Katz e presença de Fragilidade (escala FRAIL), através de quatro momentos: 15 dias antes da internação (M0), durante a internação (M1), na alta hospitalar (M2) e 30 dias após a alta hospitalar (M3). Os resultados indicaram que 83,8% dos idosos apresentaram independência funcional em M0, 66,7% em M1, 52% em M2 e 62,8% em M3. De acordo com Thomaz (2021), a independência funcional apresenta declínio a partir da internação hospitalar, na alta hospitalar e 30 dias após a alta hospitalar, e a fragilidade se mostra aumentada a partir do mesmo período. Observa-se associação entre a piora da funcionalidade e da fragilidade dos idosos no mesmo período.

Também foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, longitudinal, com 37 idosos em um Hospital Universitário na região metropolitana do Rio de Janeiro, com o objetivo de realizar avaliações sequenciais da capacidade funcional, que ocorreram mediante a aplicação das seguintes escalas de avaliação funcional do idoso: Escala de Katz, Escala de Lowton & Brody e MINI COG®. O resultado do acompanhamento funcional dos idosos, por meio das médias globais de pontuação nas três escalas, demonstrou declínio funcional nas respostas de todas as escalas, sendo mais incidente o declínio cognitivo, seguido pelo das AIVDs (Atividades Instrumentais da Vida Diária) e das ABVDs (Atividades Básicas da Vida Diária) (SILVA *et al.*, 2021). Os resultados destes estudos mostram que os idosos, ao serem submetidos à hospitalização, sofrem declínio funcional, o que os incapacita de manter-se autônomos e independentes. Este fato tem grande impacto quando o idoso recebe alta hospitalar e necessita da continuidade do cuidado por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e dos cuidadores familiares.

Embora o tema traga grande repercussão para a qualidade da assistência à saúde, observa-se que muitos sistemas de saúde ainda apresentam fragilidades relacionadas à ausência de fluxos assistenciais padronizados, bem como à insuficiência de ferramentas de comunicação e de tecnologias capazes de sustentar uma rede de cuidados consistente, integrada e resolutive. (SABEGO, 2021).

Nesse contexto, as tecnologias em saúde têm se destacado como importantes aliadas, ao possibilitarem o desenvolvimento de estratégias que favorecem a

comunicação entre os diferentes níveis de atenção, a educação em saúde, o monitoramento remoto e o planejamento individualizado da alta. (NOVAES; SOÁREZ, 2020).

Contudo, para que sejam efetivamente incorporadas à prática em saúde, tais tecnologias devem atender a critérios rigorosos de segurança, eficácia e efetividade, assegurando benefícios concretos aos usuários e aos serviços (NOVAES; SOÁREZ, 2020).

1.1 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente no Brasil e no mundo. A hospitalização do idoso pode afetar diretamente sua qualidade de vida, trazendo riscos à saúde física e mental, como declínio funcional, cognitivo, desnutrição e fragilidade. (MENDES, 2024).

A alta hospitalar do idoso é um momento crítico para a continuidade do cuidado em domicílio. Essa transição deve ocorrer de forma planejada e sistematizada para garantir que o idoso receba o suporte necessário, assegurando um cuidado eficiente, evitando complicações e readmissões hospitalares. (BATISTA, *et al.*, 2024).

A incorporação das tecnologias em saúde no planejamento da alta hospitalar potencializa ações de educação em saúde, diálogo aberto e escuta qualificada, fazendo do idoso um sujeito ativo no processo de retorno ao domicílio (SALBEGO, 2021).

Neste sentido, torna-se essencial elaborar um Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio, com o intuito de orientar os profissionais envolvidos na transição do cuidado, bem como os idosos e seus cuidadores para manutenção da qualidade de vida e do cuidado.

1.2 HIPÓTESE

A utilização de um protocolo estruturado de alta hospitalar para idosos contribui para a melhoria da continuidade do cuidado e para a redução dos riscos associados ao período pós-alta.

1.3 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Protocolo de Alta Hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio.

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Identificar, na literatura, orientações relacionadas ao cuidado do idoso e às necessidades identificadas pelos enfermeiros durante o processo de alta hospitalar.
2. Definir as orientações para o cuidado do idoso em domicílio.
3. Validar o Protocolo de Alta Hospitalar, com orientações durante a alta hospitalar, para o cuidado do idoso em domicílio.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O Capítulo 1 apresenta a introdução, a justificativa, a hipótese e os objetivos. No Capítulo 2, são abordadas as características demográficas e epidemiológicas da população idosa, os modelos de atenção à saúde do idoso, o idoso e a internação hospitalar, e os cuidados de enfermagem e do familiar após a alta hospitalar do idoso. O Capítulo 3 descreve a trajetória metodológica e o tipo de estudo, caracterizado como pesquisa qualitativa em três etapas, realizada no município de São José dos Pinhais, no período de julho a outubro de 2024. Participaram do estudo enfermeiros atuantes no Hospital e Maternidade São José dos Pinhais. No capítulo 4, são apresentados os resultados da pesquisa por meio da elaboração do Protocolo de Alta Hospitalar. O capítulo 5 aborda a interpretação, a análise e a discussão dos resultados obtidos e apresentados. O capítulo 6 apresenta as conclusões, relaciona os objetivos alcançados e sugere futuras aplicações do estudo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo descreve as características demográficas e epidemiológicas da população idosa, os modelos de atenção à saúde do idoso, o idoso e a internação hospitalar e os cuidados de enfermagem e familiares após a alta hospitalar do idoso.

2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO IDOSA

A proporção mundial de indivíduos com 60 anos ou mais continua a crescer rapidamente. De acordo com estimativas recentes, em 2023, a população idosa global já ultrapassou 1,1 bilhão de pessoas. A previsão é de que este número mundial aumente para cerca de 2,1 bilhões até 2050, com cerca de 80% dos idosos vivendo em países em desenvolvimento. Este crescimento demográfico significa que, por volta de 2050, o número de idosos será, pela primeira vez na história, superior ao de jovens com menos de 15 anos, o que reflete uma mudança significativa nas dinâmicas populacionais globais (WHO, 2024).

Em 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que, em 2020, o número de pessoas com mais de 60 anos superou, pela primeira vez na história, o de crianças com menos de cinco anos. A OMS também destacou que, até 2050, aproximadamente 80% dos idosos viverão em países de baixa e média renda, refletindo uma tendência crescente de envelhecimento populacional em regiões em desenvolvimento (OMS, 2024).

Esta transição demográfica ocorreu devido à queda nas taxas de natalidade e de mortalidade, consequência das melhorias no saneamento básico e das ações preventivas em saúde. Segundo Alves (2014), essa transição demográfica teve origem na Europa, durante a Revolução Industrial, e o primeiro fenômeno observado foi a diminuição das taxas de fecundidade. Esse processo se deu de forma gradual, mas não ocorreu de forma homogênea em todos os países. Na América Latina, em especial nos países em desenvolvimento, observa-se atualmente um fenômeno semelhante ao ocorrido anteriormente na Europa, porém com implicações distintas. Enquanto no modelo europeu observou-se, em conjunto com a transição, um significativo desenvolvimento socioeconômico que possibilitou à população melhoria nas condições de vida e na proteção social, na América Latina, em especial no Brasil,

o momento histórico em que essa transição ocorreu foi de crescente urbanização, sem alteração na distribuição de renda. (FARIA e SPODE, 2024).

No Brasil, a partir da década de 1960, o declínio nas taxas de fecundidade, inicialmente observado nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, alastrou-se rapidamente para toda a população e desencadeou o processo de reestruturação etária brasileira (SANTOS e OLIVEIRA, 2019). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE registrou em 2021 uma importante aceleração do processo de envelhecimento populacional, a expectativa de vida do brasileiro subiu de 48,0 anos em 1960 para 76,6 anos em 2021 (IBGE, 2021).

Simultaneamente às modificações demográficas, têm-se observado mudanças no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade própria de uma população jovem para um quadro de enfermidades onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, exigindo cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do século XX, hoje são responsáveis por menos de 10%, enquanto o oposto ocorre em relação às doenças cardiovasculares (BASTOS *et al.*, 2022).

Entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais comuns na velhice, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que, juntos, são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos de saúde e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que as acompanham. Outras doenças crônicas que acometem os idosos, porém em menor proporção, são: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas, que, somadas à HAS e à DM, aumentam sobremaneira as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (FIGUEREDO; CECCON e FIGUEREDO, 2021).

O aumento das enfermidades crônicas degenerativas favorece a prescrição e o uso de múltiplos medicamentos na população idosa, acarretando risco de iatrogenias e, conseqüentemente, a necessidade de atendimento à saúde (SANTANA *et al.*, 2024).

De acordo com Pazan (2021), a população idosa chega a constituir 50% dos multiusuários de medicamentos que, em sua maioria, são prescritos para problemas como: doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, diabetes mellitus, distúrbios do trato gastrointestinal, perturbações psicológicas, entre outras. Estudos mostram prevalências de uso de medicamentos e de polifarmácia na população idosa de 83% e 35,4%, respectivamente. A prática da polifarmácia é um dos tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos e está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, como precipitar interações medicamentosas, causar toxicidade cumulativa, ocasionar erros de medicação, reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. (MATOS *et al.*, 2024).

O próprio processo normal do envelhecimento possui particularidades capazes de modificar as etapas da farmacocinética e da farmacodinâmica de um medicamento, predispondo o idoso às Reações Adversas a Medicamentos (RAM), à cascata iatrogênica, ao uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) e à polifarmácia, ao processo do adoecimento, às quedas e fraturas, ao delirium, à hospitalização, à institucionalização e até à morte (DRENTH-VAN MAANEN, 2020).

As alterações decorrentes da senilidade, associadas a prescrições inadequadas de medicamentos e de cuidados, têm provocado um aumento significativo na demanda por atendimento assistencial aos idosos em todos os níveis de atenção à saúde (SILVA & SILVA, 2020).

2.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O envelhecimento no Brasil ocorre em um contexto socioeconômico desfavorável e em ritmo acelerado. No censo de 2021, as regiões Sul (59,3%) e Sudeste (58,8%) apresentavam os maiores índices de envelhecimento e, entre outras regiões, a Região Norte (24,1%) apresentava o menor (IBGE, 2021).

O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos, traz profundas consequências para a estruturação dos modelos e das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Para o Sistema Único de Saúde (SUS), este novo perfil populacional sinaliza um problema que tende a se agravar devido ao aumento da demanda por serviços de saúde especializados para essa população (SCHENKER e COSTA 2019).

Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos por Paim e Almeida Filho (2014) como diferentes combinações tecnológicas, com diferentes finalidades, como resolver problemas e atender às necessidades de saúde em determinada realidade e população adstrita (indivíduos, grupos ou comunidades), organizar serviços de saúde ou intervir em situações, em função do perfil epidemiológico e da investigação dos danos e riscos à saúde. São incluídos nos modelos assistenciais: as Unidades de Saúde (US), consideradas de baixa complexidade e de nível primário; os ambulatórios de média complexidade e de nível secundário; e os hospitais considerados de alta complexidade e de nível terciário.

Os idosos, como já mencionado, são sujeitos que apresentam carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais, necessitando de assistência em diferentes níveis de atenção à saúde. Neste sentido, o conceito de saúde do idoso está associado ao grau de dependência no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD). De acordo com Veras (2022) define-se saúde como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças.

Quando o idoso apresenta incapacidade funcional, ou seja, perde a capacidade de realizar as atividades cotidianas com autonomia e independência, é necessário buscar atendimento de saúde. O primeiro nível de atenção à saúde que se busca preferencialmente é a Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, nos níveis de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e a porta de entrada preferencial. A atenção secundária contempla um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais com certa densidade tecnológica, envolvendo processos de trabalho e tecnologias especializadas (BRASIL, 2023).

Atualmente, defende-se que uma forma eficiente de atender às necessidades dos idosos com doenças crônicas é ampliar e aprimorar a oferta da APS, pois é difícil obter assistência de qualidade para essas doenças nos cenários de cuidados primários, quando o sistema está focado em tratar apenas afecções ou complicações agudas. O modelo de Atenção à Saúde na APS, embora pautado nos princípios do

Sistema Único de Saúde, ainda se apresenta imbricado ao modelo hegemônico positivista e curativista. (PAIM, ALMEIDA, 2014).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, bem como os gestores dos serviços, devem mobilizar esforços para que as políticas traçadas no âmbito da APS sejam implementadas e, assim, seus objetivos sejam alcançados. Contudo, sabemos que a atenção primária, por vezes, não é capaz de ofertar a assistência integral à saúde dos doentes crônicos devendo, os mesmos, serem encaminhados para centros de atenção especializados e intensivos, tais como: clínicas especializadas, hospitais e centros de reabilitação. Surge, assim, um grande desafio para os cuidados aos idosos com doenças crônicas: o encaminhamento adequado e oportuno dos pacientes a diferentes setores de assistência, por meio das redes de atenção à saúde. (VERAS,2023).

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, a montagem de sistemas de referência e contrarreferência, a concepção de redes alternativas, além do desenvolvimento de linhas de cuidado, representa iniciativas para fortalecer as relações entre a atenção básica e a atenção especializada e hospitalar (RIBEIRO e CAVALCANTI, 2020).

Infere-se que o atendimento pautado em redes de atenção é indispensável aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As redes de atenção à saúde são a resposta adequada à situação de saúde vigente no país e implicam organizar, de forma integrada, sob a coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (de assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico e de informação), os sistemas logísticos (de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e transporte em saúde) e o sistema de governança, o que permite a assistência integral e de qualidade aos usuários do sistema de saúde.(POLATI *et al.*,2024).

Entretanto, a referência e contra referência ainda é um desafio enfrentado na comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde do idoso, principalmente quando o idoso recebe alta hospitalar e que precisa de cuidados no domicílio e continuidade de cuidado na APS. As ações e orientações de cuidados realizadas pela equipe de saúde não são repassadas aos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Neste sentido, é impreterível a necessidade de planejamento de estratégias para que a referência e contra referência sejam eficazes e que sejam realmente colocadas em prática. (FIORENZA *et al.*,2023).

2.3 O IDOSO E A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população têm evidenciado a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis que somadas a presença de múltiplas comorbidades, requerem estratégias de tratamento e cuidados diferenciados aos idosos hospitalizados.

Para Miranda *et al.* (2019), a hospitalização do idoso torna-se um evento desconfortável, tendo em vista a mudança de sua rotina diária, a saída do ambiente familiar para um ambiente desconhecido, com normas e rotinas pré-estabelecidas por pessoas diferentes do seu convívio, podendo causar perda de autonomia e sofrimento intenso ao idoso e ao seu familiar. As alterações inerentes ao processo de envelhecimento, somadas às ocasionadas pelo processo de adoecimento, podem contribuir para alterações na autonomia, na independência e na capacidade funcional do idoso.

Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensa do que os demais grupos etários, com internações mais frequentes, maiores custos, tratamento de duração mais prolongada e recuperação mais lenta e complicada.

O processo de hospitalização frequentemente ocasiona a perda da capacidade funcional, que, por sua vez, favorece o surgimento e/ou o agravamento de danos e sequelas, capazes de alterar a dinâmica da vida do paciente e contribuir negativamente para sua evolução clínica. Tal fato também poderá implicar na diminuição da autonomia e da independência na execução e no desenvolvimento das atividades diárias do idoso no período pós-alta (Araújo *et al.*, 2021).

No Paraná, em 2024, as causas mais frequentes de internação hospitalar de idosos, de acordo com o DATASUS foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e síndromes vasculares. (DATASUS, 2024).

A população idosa do Estado vem crescendo, o que impacta diretamente no número de internações, especialmente por doenças crônicas como: doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica.

Os idosos representaram 32,5% dos internamentos do Estado, totalizando 347.116 internações, o que correspondeu a 49% dos custos totais, apesar de representarem 18% da população paranaense. A faixa etária de 80 anos ou mais

apresentou a maior taxa de internação. As principais causas foram as doenças respiratórias, seguidas por fraturas de fêmur. (DATASUS, 2024).

A média de permanência no hospital foi de 5 dias, sem grande diferença com a média da população geral, que foi de 4,9 dias. No entanto, o custo médio individual das internações foi 29,2% maior do que o da população geral (DATASUS, 2024).

A Tabela 1 apresenta as principais causas de internação hospitalar entre idosos paranaenses, de acordo com a Lista de Morbidades contidas no CID10 (Código Internacional de Doenças) e faixa etária de 60 a 69 anos, para o ano de 2024. (DATASUS, 2025).

Tabela 1 - Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbididades - Paraná, 2024

Idade	Ranking	Morbidade	Total de internações por morbidade	Total de internações por faixa etária
60 a 69 anos	1	Outras doenças isquêmicas do coração	7.159	150.069
	2	Pneumonia	6.594	
	3	Insuficiência cardíaca	5.246	
	4	Bronquite, Enfisema Pulmonar, DPOC	4.395	
	5	Fratura de outros ossos dos membros	4.128	
	6	AVC não especificado, isquêmico ou hemorrágico	3.860	
	7	Infarto Agudo do Miocárdio	3.081	
	8	Outras doenças do aparelho expiratório	2.509	

Fonte: DATASUS (2025).

A Tabela 2 apresenta as principais causas de internação hospitalar entre idosos paranaenses, de acordo com a Lista de Morbidades do CID-10 (Código Internacional de Doenças) e na faixa etária de 70 a 79 anos, para o ano de 2024. O agravo mais comum foi a pneumonia. (DATASUS, 2025).

Tabela 2 – Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbidades - Paraná, 2024.

Idade	Ranking	Morbidade	Total de internações por morbidade	Total de internações por faixa etária
70 a 79 anos	1	Pneumonia	8.769	121.242
	2	Insuficiência cardíaca	5.741	
	3	Outras doenças isquêmicas do coração	5.263	
	4	AVC não especificado, isquêmico ou hemorrágico	4.070	
	5	Bronquite, Enfisema Pulmonar, DPOC	3.061	
	6	Outras doenças do aparelho respiratório	2.330	
	7	Fratura de fêmur	1.854	
	8	Transtorno de condução e arritmias	1.848	

Fonte: DATASUS (2025).

Tabela 3 apresenta as principais causas de internação hospitalar entre idosos paranaenses, de acordo com a Lista de Morbidades do CID-10 (Código Internacional de Doenças), na faixa etária de 80 anos ou mais, em 2024. Entre os muitos idosos (aqueles com 80 anos ou mais), a fratura de fêmur, que, nos idosos, costuma associar-se a quedas, foi o quarto motivo mais frequente de internação (DATAS).

Tabela 3 - Internações hospitalares de idosos por faixa etária e lista de morbidades - Paraná, 2024.

Idade	Ranking	Morbidade	Total de internações por morbidade	Total de internações por faixa etária
80 anos e mais	1	Pneumonia	10.834	75.805
	2	Insuficiência cardíaca	4.834	
	3	AVC não especificado, isquêmico ou hemorrágico	3.004	
	4	Fratura de fêmur	2.677	
	5	Bronquite, Enfisema Pulmonar, DPOC	2.312	
	6	Outras doenças do aparelho respiratório	1.629	
	7	Outras doenças isquêmicas do coração	1.595	
	8	Transtorno de condução e arritmias	1.414	

Fonte: DATASUS (2025).

Em relação à mortalidade de idosos, as principais causas em 2024 foram a diabetes mellitus, a pneumonia e as doenças obstrutivas crônicas em idosos de 60 a 69 anos. No grupo de idosos de 70 anos ou mais, a pneumonia surge em primeiro lugar, seguida de diabetes mellitus, conforme representado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.

Idade	Ranking	Morbidade	Total de mortalidade por morbidade	Total de mortalidade por faixa e tária
60 a 69 anos	1	Diabetes mellitus	667	9001
	2	Pneumonia	620	
	3	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	590	
	4	Insuficiência cardíaca	430	
	5	Acidente vascular não especificado	327	
	6	Infarto agudo do miocárdio	222	
	7	Outras doenças isquêmicas do coração	211	

Fonte: DATASUS (2025).

Tabela 5 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.

Idade	Ranking	Morbidade	Total de mortalidade por morbidade	Total de mortalidade por faixa etária
70 a 79 anos	1	Pneumonia	1020	10.728
	2	Diabetes mellitus	644	
	3	Acidente vascular não especificado	447	
	4	Insuficiência cardíaca	331	
	5	Infarto agudo do miocárdio	283	
	6	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	258	
	7	Outras doenças isquêmicas do coração	238	

Fonte: DATASUS (2025).

Entre os idosos de 80 anos ou mais, a doença de Alzheimer é a segunda causa de morte, atrás apenas do diabetes mellitus e da insuficiência cardíaca, conforme representado na Tabela 6.

Tabela 6 - Mortalidade de idosos por faixa etária e lista de morbidades. Paraná, 2024.

Idade	Ranking	Morbidade	Total de mortalidade por morbidade	Total de mortalidade por faixa etária
80 anos ou mais	1	Pneumonia	2.016	11.503
	2	Doença de Alzheimer	803	
	3	Diabetes mellitus	680	
	4	Insuficiência cardíaca	667	
	5	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	573	
	6	Acidente vascular não especificado	536	
	7	Outras doenças isquêmicas do coração	287	

Fonte: DATASUS (2025).

Adicionalmente, o não controle clínico dessas doenças favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório, aparelho respiratório e endócrino processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, caracterizando essas doenças como principal causa agrupada de mortes no país (Brasil, 2023).

Nessa perspectiva, o acompanhamento efetivo dos idosos, além de reduzir o número de hospitalizações e de óbitos decorrentes dos agravos das DCNT, que são situações desgastantes e estressoras para as pessoas e seus familiares, favorece a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e objetiva a diminuição dos gastos para o sistema público de saúde, uma vez que 90% da assistência à saúde realizada no Brasil se concretiza, por meio, da rede pública do SUS (BARRETO, CARREIRA, MARCON, 2023).

Diante do exposto, os profissionais de enfermagem devem estar atentos às expectativas dos idosos, bem como à complexidade e à magnitude dessa etapa vital para a concretização da essência do cuidado (FERREIRA & REPPETTO, 2023).

2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DA FAMÍLIA APÓS A ALTA HOSPITALAR.

No Brasil, o aumento da longevidade tem aumentado a prevalência de doenças crônico-degenerativas, que podem ocasionar dependência funcional e exigir hospitalizações repetitivas. Cabe enfatizar que, na maioria desses casos, os cuidados não cessam com a saída do hospital e o retorno ao domicílio, pois será preciso mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades e os tratamentos decorrentes. Ou seja, a alta hospitalar traz insegurança e, se não for bem orientada, pode levar a hospitalizações (FLESH e ARAÚJO, 2021).

É importante esclarecer que a Alta Hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui a educação do paciente e da família e, sobretudo, a coordenação entre os profissionais diretamente envolvidos, em articulação com os serviços comunitários. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho das atividades de vida diária e capacitar o cuidador. (AMORIM *et al.*, 2024).

O próprio processo de envelhecer, associado à doença, deixa o idoso fragilizado, necessitando de cuidados especializados, pois não tem condições de realizar as atividades diárias mais simples e precisa de alguém para ajudá-lo, seja um familiar disponível ou uma pessoa capacitada para prestar os cuidados.

Para FRIED & WALSTON (2003), a fragilidade é um estado de vulnerabilidade fisiológica, tendo relação com a idade e, como consequência, a diminuição da reserva metabólica e da habilidade do organismo de manutenção da homeostase, junto de alterações frequentes no processo de envelhecimento do indivíduo de resistir a desgastes tais como temperaturas extremas, atividades físicas, quedas, doenças agudas, perdas, luto, isolamento social e outros fatores ambientais.

A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de cuidado considerada mais integral e contínua e é percebida como um esforço de mudança do SUS, construindo-se à lógica da substitutividade, visando outros tipos de objetos e formas de cuidar. O cuidado

domiciliar envolve a “casa da família”, ambiente dinâmico, no qual o enfermeiro ocupa-se da prestação de cuidados, da organização do processo de trabalho e da elaboração e gestão do plano de cuidados, juntamente com os demais membros da equipe de saúde (SANTOS, LIMA e SOUZA, 2022).

Nesse sentido, a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (2006) reconhece: "escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio" (BRASIL, 2006, p. 4).

3 METODOLOGIA

3.1 APROVAÇÃO DO CEP E ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos – Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais – SES/SJP, em 29/01/2024, conforme Parecer Consubstanciado – Anexo A.

Neste estudo foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e a Lei nº 14.874, DE 28 DE MAIO DE 2024, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012 e BRASIL, 2024). Este projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais, sob o Parecer Consubstanciado nº 6.626.862.

Os participantes foram consultados e esclarecidos sobre a possível inclusão no estudo. Receberam informações a respeito do objetivo, procedimentos, cuidados que serão tomados e o direito de desistir a qualquer momento sem justificativa. Todas e quaisquer informações prestadas, bem como a identificação dos participantes, serão mantidas em completo anonimato, garantindo o sigilo e a fidedignidade dos dados.

Para garantir o anonimato dos participantes, nas entrevistas foram atribuídos códigos de identificação a cada participante, conhecidos apenas pela pesquisadora. O participante da pesquisa, ao abrir o *Google Forms*, assinalou o termo que permite o consentimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Durante a pesquisa, todas as informações coletadas foram armazenadas em arquivos eletrônicos. O acesso a este material é exclusivo das pesquisadoras - mestranda e orientadora desta pesquisa.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza qualitativa. A pesquisa metodológica tem por finalidade, segundo Polit, Beck e Hungler (2011), investigar os métodos de obtenção, organização e análise de dados empregados na elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. Ela fornece caminhos, formas, elementos e procedimentos para atingir um determinado fim. A sugestão e o estabelecimento de critérios são sua principal contribuição para estudos posteriores

por meio da criação de fluxogramas, listas de passos ou considerações que devem ser respeitadas (TOBAR e YALOUR, 2001).

A validação refere-se ao grau em que o instrumento mede aquilo que se propõe, é um critério importante para avaliar a qualidade do mesmo. A validade não é provada ou estabelecida, e sim apoiada por um grau maior ou menor de evidências (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Nesta pesquisa, foi realizada a validade de conteúdo, a qual está relacionada à adequação da amostragem da área do conteúdo a ser medida e serve para avaliar o quão representativos são os itens do instrumento no universo de todos aqueles que poderiam ser elaborados sobre tal assunto ou tema. Sua avaliação não se baseia em métodos objetivos que garantam a cobertura adequada de um instrumento, mas sim em critérios empregados pelo especialista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador um olhar mais amplo de um cenário. Para Minayo (2014) a abordagem qualitativa poderá ser usada para responder questões que não podem ser analisadas em números, portanto requerer atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Rede de Atenção Primária à Saúde de São José dos Pinhais, Paraná, no sul do Brasil. O município de São José dos Pinhais/PR, o segundo maior da região metropolitana de Curitiba, conta com 329.222 habitantes (IBGE, 2022).

O Hospital Municipal destina-se ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com 300 leitos distribuídos nas seguintes especialidades: cirurgia geral, neurocirurgia, medicina de urgência, ortopedia e traumatologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica, neonatologia, medicina intensiva adulta e anestesiologia. Está integrado à Rede de Atenção às Urgências do Estado do Paraná, atendendo à população idosa do município e da região metropolitana oriunda de busca espontânea, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma (SIATE) e das

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município. Registrou 3.250 internações de pacientes idosos em 2024, o que representou 14% do total de internações.

A Rede de Atenção Primária à Saúde é composta por 29 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em 16 urbanas e 13 rurais, totalizando 55 equipes de saúde, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de julho a outubro de 2024.

3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 40 enfermeiros do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais, no município de São José dos Pinhais, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE está apresentado no ANEXO B.

Os enfermeiros foram abordados em seus setores de trabalho e convidados a participar da pesquisa. Nesse momento foi explicado do que se tratava a pesquisa e seus objetivos. Aqueles que aceitaram, forneceram seu contato de *whatsapp* para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um *link* para acesso do Protocolo de Alta Hospitalar (PAH) para o idoso em domicílio e um instrumento de avaliação do tipo Likert confeccionado pela pesquisadora, para posterior validação do conteúdo do protocolo por meio da plataforma *Google Forms* (ANEXO C).

Os critérios de inclusão para os profissionais enfermeiros foram: trabalhar com assistência ao idoso e ser funcionário no local do estudo há pelo menos 6 meses.

Os critérios de exclusão para os profissionais enfermeiros foram: estar de férias, estar com atestado ou estar afastados no momento da coleta de dados.

3.5 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em três etapas:

3.5.1 Etapa 1 – Revisão Integrativa de Literatura

A revisão integrativa de literatura é um método que permite uma compreensão ampla do fenômeno a ser estudado, incluindo análises de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica (SOUZA *et al.*, 2010).

Para Souza *et al.*, (2010), a revisão integrativa de literatura é considerada a mais ampla abordagem metodológica relacionada a revisões, que possibilita a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, favorecendo, assim, a busca de maior número de estudos, determinando o conhecimento atual sobre uma temática específica, além de identificar resultados de diferentes estudos que abordam o mesmo assunto, analisando e sintetizando tais resultados, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse.

Foi realizado o levantamento bibliográfico com a finalidade de identificar quais informações são orientadas ao idoso durante o processo de alta hospitalar. Essa busca ocorreu em cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento. (MENDES *et al.*, 2008).

A temática referiu-se à transição do cuidado do idoso no período pós-alta hospitalar. A questão de pesquisa pautou-se por: como são as orientações de cuidados ao idoso em domicílio durante o processo de alta hospitalar e quais necessidades surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro?

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2020 a março de 2024, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medline* e *Scielo*. Os descritores, constantes na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), foram associados a operadores booleanos, resultando nas seguintes combinações: “alta hospitalar” (“*hospital discharge*”) AND “idoso” (“*elderly*”) AND “protocolo” (“*protocol*”) AND “enfermagem” (“*nursing*”). Os critérios de inclusão foram: artigos completos e disponíveis na íntegra, em inglês, espanhol e português. Foram excluídos artigos duplicados, revisões narrativas e editoriais.

Foi encontrado um total de 1193 artigos nas bases de dados, sendo 29 da BVS, 1051 da Medline, 69 da Lilacs e 44 da SciELO. Destes, foram excluídos por duplicidade 118 artigos dispostos da seguinte forma: 7 artigos excluídos da base de

dados BVS, 70 artigos excluídos da base de dados Medline, 26 artigos excluídos da base de dados Lilacs e 15 artigos excluídos da base de dados Scielo.

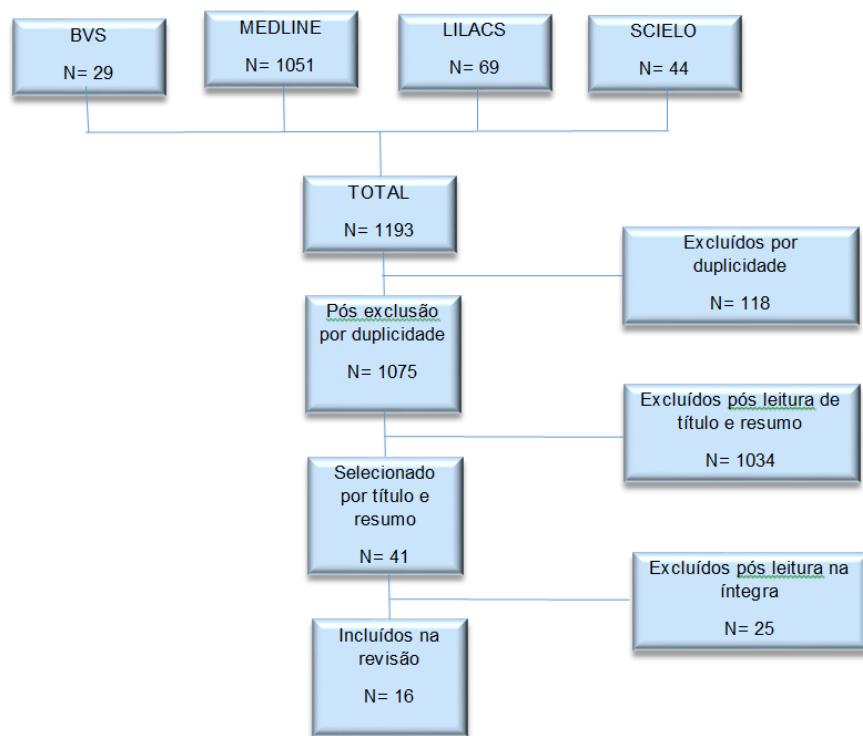
Permaneceram 1075 artigos em que foram lidos o título e resumo do estudo. Após a leitura, foram excluídos 1034 artigos, distribuídos da seguinte forma: 13 artigos da base de dados BVS, 959 artigos da base de dados Medline, 39 artigos da base de dados Lilacs e 23 artigos da base de dados Scielo.

Para leitura na íntegra, foram selecionados 41 artigos, após leitura na íntegra, foram excluídos 25 artigos, dispostos da seguinte maneira: 7 artigos da base de dados BVS, 11 artigos da base de dados Medline, 2 artigos da base de dados Lilacs e 5 artigos da base de dados Scielo.

A amostra final desta revisão integrativa foi composta por 16 publicações, sendo: 5 publicações da base de dados BVS, 4 publicações da base de dados Medline, 2 publicações da base de dados Lilacs e 5 publicações d base de dados Scielo.

A organização dos dados foi realizada por meio de uma matriz de síntese que contém as seguintes informações: autores, título, ano de publicação, periódico, base de dados, país, objetivos, delineamento metodológico, resultados e conclusões.

Figura 1 – Fluxograma de Seleção dos Artigos.



Fonte: Autoria própria (2024).

A análise dos dados foi realizada por meio de cálculos de frequências simples e relativas. Após a análise dos dados, perceberam-se aspectos semelhantes e diferentes na identificação e na classificação de eixos temáticos. A análise permitiu identificar 2 eixos temáticos:

- Eixo temático 1: orientações de cuidados ao idoso em domicílio durante o processo de alta hospitalar: representa o cuidado direto no processo de alta hospitalar. Cuidado que pode ser realizado pelo idoso ou pelo cuidador durante a transição do cuidado e no domicílio.
- Eixo temático 2: necessidades que surgem durante a transição do cuidado, identificadas pelo enfermeiro, representam a gestão do cuidado no processo de alta hospitalar. A gestão do cuidado no momento da alta hospitalar é realizada por enfermeiros no hospital e na rede de atenção primária a saúde a fim de garantir que as informações repassadas no período de transição possam atingir de forma satisfatória o idoso e o cuidado.

3.5.2 Etapa 2 – Elaboração do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio.

As informações descritas neste protocolo foram elencadas com base nas evidências encontradas na revisão da literatura. Em seguida, o mesmo foi encaminhado a uma profissional *Designer* para que fosse construída a diagramação.

A estruturação dos cinco grupos engloba: i. informações de identificação, ii. dados gerais, iii. gestão da alta, iv. panorama para o cuidado em domicílio e v. um checklist de orientações para o idoso e cuidador.

Os grupos 1 - identificação e 2 - dados gerais foram desenvolvidos com a finalidade de facilitar a gestão do cuidado na rede de saúde, tendo em vista as dificuldades encontradas, como registros incompletos e não atualizados, o que corrobora que o acesso do idoso seja prejudicado. As informações contidas nos grupos 1 e 2 são registradas no momento da alta, mantendo os endereços e os contatos importantes atualizados.

O grupo 3 - gestão da alta - foi desenvolvido com a finalidade de nortear a transição do cuidado, garantindo a qualificação das informações importantes aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

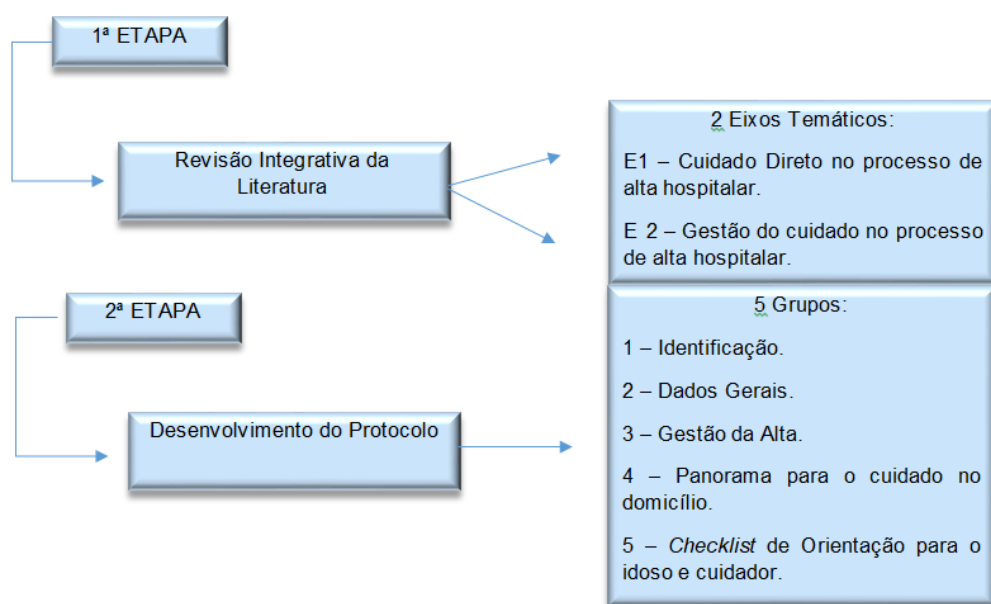
Os grupos, 4 - panorama para o cuidado em domicílio e 5 – checklist de orientação ao idoso e cuidador foram desenvolvidos com a finalidade de atender às necessidades do cuidado direto prestado ao idoso no momento da alta hospitalar.

O grupo 4 - panorama para o cuidado em domicílio foi desenvolvido para auxiliar os profissionais que atuam nesta etapa da transição do cuidado. Possui uma avaliação dinâmica e objetiva para cada sistema do corpo humano, seguindo a sequência cefalocaudal e fornecendo parâmetros físicos, clínicos e de dispositivos médico-hospitalares que podem ser observados desde a internação do idoso até a alta hospitalar. Proporciona ao profissional uma forma objetiva e eficaz de conhecer o estado de saúde do idoso no momento da transição do cuidado. Os parâmetros constantes neste grupo auxiliam a planejar os próximos passos do cuidado e a evolução do idoso.

O grupo 5 – checklist de orientação ao idoso e cuidador foi desenvolvido com a finalidade de assegurar ao idoso e ao cuidador as informações necessárias para garantir a qualificação do cuidado em domicílio, por meio de informações importantes transmitidas de forma clara, completa e compreensível, fortalecendo a autonomia, autoconfiança e adesão ao tratamento.

A Figura 2 apresenta a elaboração do protocolo de alta hospitalar para o idoso em domicílio em suas 2 etapas.

Figura 2 - Elaboração do Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio.



Fonte: Autoria própria (2024).

3.5.3 Validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio pelos enfermeiros do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais.

O instrumento de validação utilizado foi elaborado pela pesquisadora (ANEXO C). Trata-se de uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 4, cujo objetivo foi avaliar a relevância e a representatividade de cada item dos domínios principais. (ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

As escalas Likert foram construídas de modo a expressar, por meio da resposta, o grau de concordância ou discordância, permitindo uma visão clara do posicionamento dos indivíduos em relação ao tópico em questão. Esse tipo de escala apresenta uma sequência de itens que variam em intensidade; a clássica é a de cinco pontos, que vai de "discordo totalmente" a "concordo totalmente". Outras escalas, como a de quatro pontos, também são válidas, pois, além de mensurar a variedade de opiniões, proporcionam um equilíbrio entre as alternativas de resposta positiva e negativa (LIKERT, 1932).

A especificação dos domínios tem como objetivo assegurar que todos os domínios ou conceitos relevantes foram abordados de forma apropriada pelo conjunto de itens e que todas as dimensões pertinentes foram devidamente incorporadas. Os juízes devem examinar se o conteúdo é adequado para os potenciais respondentes, verificar a exatidão da estrutura do domínio e de seu conteúdo, e avaliar se o material incluído no domínio é suficientemente representativo. Nesse contexto, os juízes podem oferecer sugestões tanto para adicionar quanto para remover itens, conforme necessário (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

Em seguida, os juízes têm a responsabilidade de analisar cada item isoladamente. Além disso, essa análise deve ser conduzida considerando diversos fatores, tais como o formato do item, seu título, as instruções, os domínios abordados, as pontuações associadas a esses domínios (ou ao instrumento como um todo) e a análise subsequente dos resultados. Isso implica avaliar a clareza e a relevância de cada aspecto a ser considerado (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

A validade de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio, de forma que, necessariamente, se baseie em um julgamento. Apesar de não existirem fórmulas que atestem uma cobertura totalmente adequada do conteúdo do instrumento, pesquisadores recorrem cada vez mais a

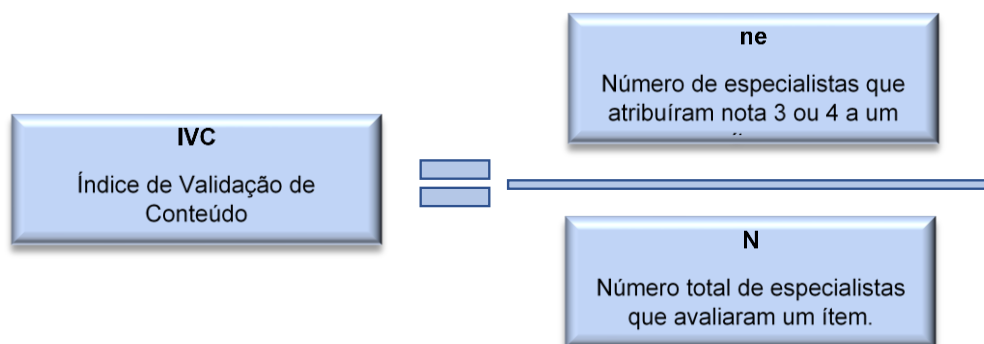
especialistas para avaliar a validade do conteúdo de novos instrumentos (POLIT, BECK, 2011).

Após a revisão pelos juízes, é crucial avaliar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC é um critério amplamente empregado no campo da saúde, utilizado para medir o nível de concordância entre especialistas em relação a aspectos específicos do instrumento e de seus itens, expresso em porcentagem ou fração (ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Para calcular o IVC, utiliza-se a escala do tipo Likert de quatro variáveis, na avaliação da relevância, o ponto 1: não relevante ou não representativo, o 2: item necessita de grande revisão para ser representativo, o 3: item necessita de pequena revisão para ser representativo, ou 4: item relevante ou representativo. Na clareza, o ponto 1: não claro, o 2: pouco claro, 3: bastante claro, 4: muito claro. A partir da resposta obtida, as respostas 1 e 2 devem ser revisadas ou eliminadas e devem ser consideradas para a soma apenas as respostas “3” e “4” de cada juiz em cada item analisado do questionário, dividida pela soma total de respostas (COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015). Alguns autores divergem quanto à concordância entre os juízes, Polit e Beck (2011) sugerem um IVC de 0,90 como padrão para estabelecer a excelência da validade de conteúdo de uma escala. Por outro lado, PASQUALI (1998) afirma que uma concordância de, pelo menos, 80% entre os juízes, pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere e que itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) obviamente apresentam problemas e seria o caso de descartá-los do instrumento-piloto.

O escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) será calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados com “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas; será obtido um escore de IVC = 1. Para verificar a validade geral de instrumentos, recomenda-se um valor mínimo de concordância de 0,90 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A figura 3 apresenta a fórmula para calcular o Índice de Validade do Conteúdo (IVC).

Figura 3 - Fórmula de Cálculo do Índice de Vaidade do Conteúdo (IVC).



Fonte: Alexandre & Coluci (2011).

Os participantes receberam um link para o formulário no Google Forms para avaliar o instrumento. Os dados referentes à avaliação do instrumento foram analisados estatisticamente no Excel 2019 e apresentados em forma de gráficos para melhor visualização.

Foram apresentados os 03 domínios elencados pela pesquisadora, com suas respectivas orientações: o Domínio A refere-se à aparência do instrumento, o Domínio B, à linguagem do instrumento, e o Domínio C, ao conteúdo do instrumento.

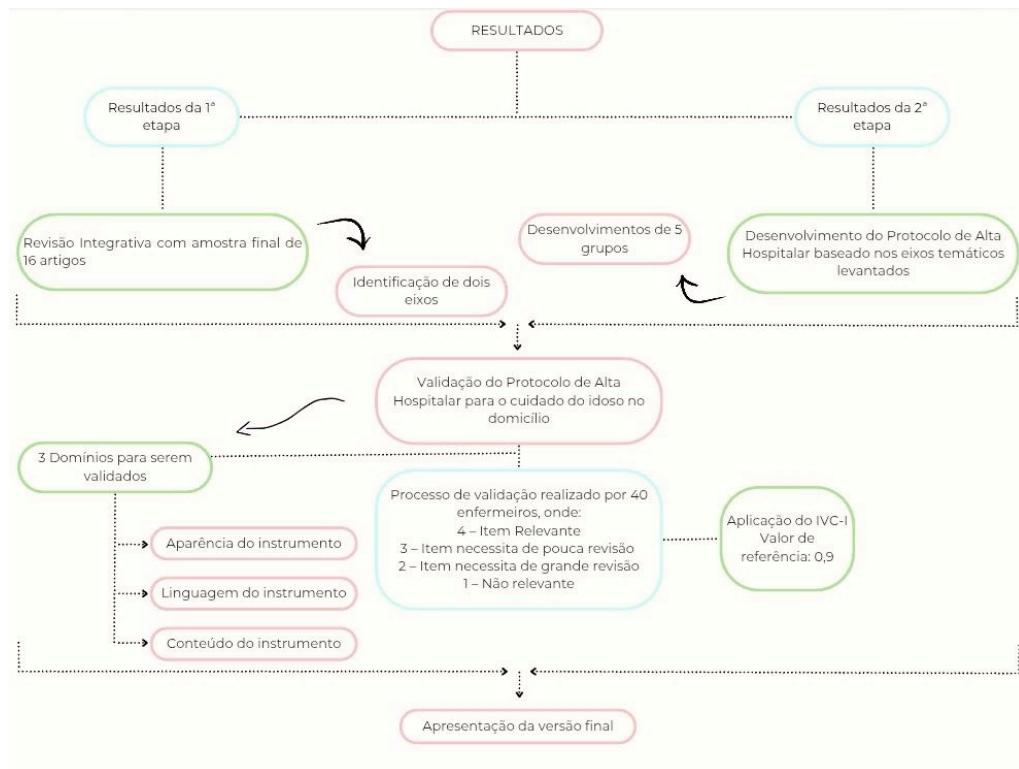
Tabela 7 - Pontuação utilizada na Avaliação do Instrumento

PONTUAÇÃO	SIGNIFICADO
4	Item relevante ou representativo
3	Item necessita de pequena revisão para ser representativo
2	Item necessita de grande revisão para ser representativo
1	Item não representativo

Fonte: Alexandre & Coluci (2011).

A Figura 4 ilustra o processo percorrido durante o estudo para realização da validação do instrumento.

Figura 4 - Processo de Validação do Instrumento.



Fonte: Autoria própria (2024).

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilhas no Excel e analisados por meio de estatística descritiva.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. O capítulo foi dividido em três subitens, sendo o primeiro referente ao resultado da revisão integrativa da literatura que demonstra a percepção dos enfermeiros frente ao processo de alta hospitalar do idoso. O segundo subitem compreende o produto desta dissertação de mestrado profissional, descrito como Protocolo de Alta Hospitalar para o idoso em domicílio. E o terceiro subitem apresenta os resultados da validação do Protocolo de Alta Hospitalar e a apresentação final pós-validação.

4.1 Resultados da revisão integrativa de literatura

Os achados da revisão integrativa da literatura demonstram a preocupação dos pesquisadores com o cuidado direto prestado ao idoso e com a gestão do cuidado no processo de alta hospitalar, a fim de garantir a continuidade qualificada do cuidado.

A caracterização da amostra da revisão integrativa da literatura, contendo os nomes dos autores, o ano de publicação, os objetivos, as orientações de cuidado ao idoso em domicílio durante o processo de alta hospitalar e as necessidades identificadas pelo enfermeiro durante a transição do cuidado, é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1- Caracterização da Amostra da Revisão Integrativa

Autores, ano de publicação e tipo de pesquisa	Objetivos	Orientações durante o processo de alta hospitalar ou necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro
Sousa WCM, Leite RCN, BarretoRG, Montenegro CPD, et al. 2023	Buscar evidências científicas disponíveis sobre orientações multidisciplinares oferecidas por profissionais de saúde a pacientes idosos diagnosticados com COVID-19 após a alta hospitalar.	Continuidade do cuidado na atenção primária; Supervisão da recuperação funcional do idoso.
Oliveira ES, Menezes TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. 2021	Apreender como se dá o cuidado transicional da enfermeira ao idoso com marcapasso artificial.	Orientações sobre a carteira do marcapasso e a ferida operatória.

Silva RAE, Silva CN, Braga PP, Friedrich DBC, Cavalcante RB, Castro EAB. 2020	Compreender a gestão do cuidado domiciliar por cuidadores familiares de idosos dependentes após a alta hospitalar	Orientações aos cuidadores familiares de idosos sobre sobrecarga física e emocional.
Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TEC et al. 2023	Analisar a transição do cuidado no planejamento de alta hospitalar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.	Protocolos facilitam a comunicação entre os profissionais e níveis de atenção O enfermeiro é protagonista na transição do cuidado Envolver a família no cuidado e planejar a alta com antecedência.
Tomazela M, Valente SH, Lima MA, et al.2023	Analisar a qualidade da Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa.	Melhorar as informações do plano de alta, dos encaminhamentos e dos acompanhamentos. O enfermeiro realiza o planejamento da alta
Acosta AM, Nora CRD, Fontenele RM, Aued GK, Silveira CS, Sanseverino AX. 2023	Avaliar a qualidade da transição do cuidado e compará-la com as características clínicas e continuidade dos cuidados após alta hospitalar dos sobreviventes da COVID-19.	Orientar acompanhamento do serviço domiciliar, ressaltar a data de retorno ao ambulatório.
Sousa LS, Pontes ML, Pereira RR, Leite MA, Nova FA, Monteiro EA. 2022.	Mapear evidências que discutem o cuidado transicional direcionado à pessoa idosa, do contexto hospitalar para o domicílio, sob a perspectiva do cuidador/idoso.	Reforçar o envolvimento familiar
Martins G, Silva GDO, Alves LCS, Monteiro DQ, Gratão ACM.2022	Avaliar e identificar intervenções que ofereçam orientações para cuidadores familiares de idosos no momento da alta e pós-alta hospitalar	Educar o cuidador sobre o quadro de saúde do idoso e orientar estratégias de apoio ao cuidador.
GomesALMS,Paula DG,Vernaglia TVC. 2021	Identificar as categorias que deverão compor o plano para a alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas, que servirá de documento norteador para as unidades hospitalares federais no Rio de Janeiro, visando contribuir para a adoção de melhores práticas nos processos de desospitalização e de transição do cuidado do hospital para a Atenção Primária à Saúde.	Investir na mudança de cultura institucional, onde o cuidado é focado no idoso. Melhorar o acolhimento, porta de entrada e planejamento da alta hospitalar.

Costa MFBNA, Oliveira LS, Santos JLG. 2020	Analisar o planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para Atenção Primária à Saúde	Utilizar protocolos de alta que permitam o acompanhamento do cuidado e o planejamento antecipado da alta hospitalar.
Costa MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. 2020	Avaliar a conformidade da assistência de enfermagem em relação às melhores evidências na transição do cuidado da pessoa idosa internada em hospital para o domicílio.	Realizar educação continuada sobre transição do cuidado.
Santos JDR et al. 2020	Construir uma cartilha educacional para orientação de autocuidado a pacientes idosos na alta da clínica médica para o domicílio	Orientações sobre autocuidado
Ghenó J, Lombardini A A, ARAÚJO KC, Weis AH, 2023	Conhecer as facilidades e os desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar por profissionais de uma equipe multiprofissional.	Melhorar as lacunas de comunicação entre profissionais, idoso e família. O enfermeiro está envolvido no repasse de informações na transição do cuidado. As informações contidas em vários documentos facilitam o esquecimento de comparecer em consultas pós alta.
Oliveira MJS, Boniatti MM, Filippin LI. 2021	Relatar a experiência de educação em saúde realizada com familiares (cuidadores) e idosos após a alta para prevenir quedas no domicílio.	Prevenir risco de queda, promover autonomia e independência dos idosos.
Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. 2021	Identificar estratégias de transição do cuidado na alta hospitalar, utilizadas por enfermeiros para o fortalecimento da continuidade do cuidado, disponíveis na literatura científica.	Fortalecer o cuidado através da educação em saúde, reconciliação medicamentosa e telemonitoramento. Resumos de alta incompletos dificultam o entendimento do idoso

Fonte: Autoria própria (2024).

O Quadro 2 apresenta a extração de informações dos artigos selecionados, com suas respectivas categorizações do Eixo temático 1.

Quadro 2 - Eixo Temático 1- Cuidado Direto no Processo de Alta Hospitalar

Eixo 1 – Cuidado Direto no processo de alta hospitalar.	
1.1 Cuidados e Orientações ao Idoso	1.2 Orientações ao cuidador
Supervisão da recuperação funcional do idoso. Orientações sobre a carteira do marcapasso. Orientar os cuidados com a ferida operatória. Orientar o acompanhamento do serviço domiciliar. Ressaltar a data de retorno ao ambulatório. Orientações sobre autocuidado. Prevenir risco de queda. Promover autonomia e independência dos idosos.	Orientações aos cuidadores familiares de idosos sobre sobrecarga física e emocional. Envolver a família no cuidado. Orientar o acompanhamento do serviço domiciliar. Ressaltar a data de retorno ao ambulatório. Educar o cuidador sobre o quadro clínico do idoso. Orientar estratégia de apoio ao cuidador.

Fonte: Autoria própria (2024).

O Quadro 3 apresenta a extração de informações dos artigos selecionados, com suas respectivas categorizações no Eixo temático 2.

Quadro 3 - Eixo Temático 2 – Cuidado Direto no Processo de Alta Hospitalar.

Eixo 2 – A Gestão do Cuidado no processo de alta hospitalar	
2.1 Atividades Gerenciais do enfermeiro	2.2 Atividades Assistenciais do enfermeiro
1. Continuidade do cuidado na atenção primária. 2. Protocolos facilitam a comunicação entre os profissionais e níveis de atenção. 3. O enfermeiro é protagonista na transição do cuidado. 4. O enfermeiro realiza o planejamento da alta. 5. Planejar a alta precocemente.	1. Melhorar as informações do plano de alta, encaminhamentos e acompanhamentos. 2. Reforçar o envolvimento familiar. 3. Melhorar o acolhimento, portas de entrada e planejamento da alta hospitalar. 4. Realizar educação continuada sobre a transição do cuidado.

6. Fortalecer a comunicação com a rede de saúde, facilitando o acolhimento do idosos. 7. O enfermeiro é o profissional responsável pelas orientações sobre o cuidado. 8. Investir na mudança de cultura institucional onde o cuidado é focado no idoso. 9. Utilizar protocolos de alta que permitam o acompanhamento do cuidado e o planejamento antecipado da alta hospitalar. 10. Fortalecer o cuidado através da educação em saúde, reconciliação medicamentosa e telemonitoramento.	5. Melhorar as lacunas de comunicação entre profissionais, idoso e família. 6. O enfermeiro está envolvido no repasse de informações na transição do cuidado.
---	--

Fonte: Autoria própria (2024)

A interpretação dos resultados desta revisão integrativa, comparando-os e confrontando-os com a literatura, resultou numa síntese que foi apresentado no evento XXIX Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica 2024 em Ribeirão Preto por meio de um artigo (ANEXO D) (AGUILERA,2024).

4.2 O Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio

A Figura 6 apresenta o Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso no domicílio, formatado para ser encaminhado à validação dos enfermeiros juízes.

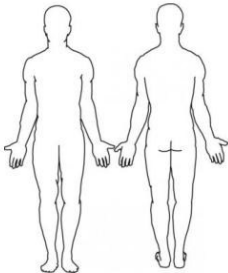
Quadro 4 - Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio validado pelos juízes.



PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O IDOSO

IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	SEXO: ☐ FEMININO
☐ MASCULINO	
DATA DE NASCIMENTO:	ESCOLARIDADE: ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU
RELIGIÃO:	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
DATA DO INTERNAMENTO:	
DATA DA ALTA HOSPITALAR:	
DADOS GERAIS	
Cidade onde reside:	Bairro:
Estado Civil: ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☐ Solteiro ☐ Outros	
Número de filhos:	Renda Familiar:
Tipo de moradia: ☐ Casa/ Apartamento ☐ Albergue ☐ Abrigo ☐ ILPI	
Perfil da moradia: ☐ térrea ☐ sobrado ☐ muitas escadas ☐ apartamento ☐ apartamento com elevador	
Pessoas residentes no domicílio: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Sozinho ☐ Outros	
Responsável pelo paciente:	Idade:
Grau de parentesco: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Irmão ☐ Sobrinho ☐ ILP	
Telefone para contato:	
GESTÃO DA ALTA	
Após a internação o paciente mudará de residência: ☐ Sozinho ☐ Filhos ☐ ILP ☐ Outros	
Responsável pelo cuidado do paciente em casa:	Idade:
Grau de parentesco: ☐ Cônjuge/companheiro ☐ Filhos ☐ Irmão ☐ Sobrinho ☐ Outros	
Telefone para contato: ** se sozinho referencia	
O paciente possui vínculo com a Unidade Básica de Saúde: ☐ Sim ☐ Não Qual:	
O paciente precisará de Transporte no dia da alta: ☐ Sim ☐ Não	
Transporte Sanitário Municipal: ☐ ambulância ☐ carro baixo ☐ outro	
Nome e contato do familiar / cuidador que acompanhará a alta:	
Documentos entregues no dia da alta:	
☐ Resumo de Alta ☐ Receituário ☐ Fornecimento de Laudos e Resultados	
☐ Referência – contra-referência para UBS ☐ Encaminhamento para Especialidade, qual:	
☐ Agendamento para retorno no ambulatório, qual:	
PANORAMA PARA O CUIDADO EM DOMICÍLIO	
Avaliação Neurológica / Avaliação Cognitiva	
Nível de Consciência: ☐ alerta ☐ confuso ☐ sonolento ☐ torporoso ☐ comatoso	
Reflexo Pupilar: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas _____ > _____ ☐ miose ☐ midríase	
Tônus Muscular: ☐ normal ☐ atonia ☐ hipotonia ☐ espasticidade ☐ rigidez ☐ paratonia	
Sensibilidade: ☐ dor ☐ térmica ☐ tato	
(1) Responde corretamente (2) Responde em parte (3) Não sabe	
Orientação: ☐ Local onde se encontra ☐ Endereço	
Memória: ☐ Dia de hoje (☐ Dia da semana ☐ Idade ☐ Data de nascimento	
Informações sobre fatos cotidianos: ☐ Nome do presidente do Brasil ☐ Nome do prefeito da sua cidade	
Capacidade de cálculo: ☐ Contar de três em três ☐ Realizar cálculo simples	
Avaliação Respiratória	
Oxigenoterapia:	
☐ Catéter Nasal _____ l/min ☐ máscara de oxigênio com reservatório _____ l/min	
☐ CPAP _____ l/min ☐ Bipap _____ l/min ☐ Ventilador mecânico	
Data da instalação do concentrador de oxigênio na residência:	
Traqueostomia:	
Data do procedimento:	Provável data da retirada:
Avaliação Cardiovascular	
☐ Normotenso ☐ Hipertenso ☐ Hipotenso	
☐ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ marcapasso interno	

Quadro 4 - Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio validado pelos juízes

PANORAMA PARA O CUIDADO EM DOMICÍLIO	
Avaliação Cardiovascular (continuação)	
Perfusão Periférica: ☐ preservada ☐ diminuída qual:	
Avaliação Gastrointestinal / Geniturinária	
Cavidade Oral: dentes ☐ superior ☐ inferior salivação ☐ excessiva ☐ ausente	
prótese ☐ superior ☐ inferior ☐ lesões onde:	
Alimentação / Nutrição	
Ingesta Hídrica: ☐ Normal ☐ Reduzida ☐ Via oral ☐ Via SNG ☐ Via SNE ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia	
Restrição Hídrica: ☐ sim ☐ não	
Alimentação: ☐ via oral ☐ via SNG ☐ via SNE ☐ gastrostomia ☐ jejunostomia	
Data do procedimento:	
Estado Nutricional ☐ Normal ☐ Obeso ☐ Emagrecido ☐ Caquético	
Intolerância Alimentar: ☐ sim ☐ não Qual:	
Dificuldade para Deglutir: ☐ sim ☐ não	
Eliminações:	
Intestinais: ☐ sim ☐ não Constipação intestinal ☐ sim ☐ não	
Uso de dispositivos: ☐ ileostomia ☐ colostomia Data do procedimento:	
Urínárias: ☐ espontânea ☐ incontinência ☐ fralda ☐ SVA ____ / dia ☐ SVD nº ____ ☐ urostomia	
☐ nefrostomia ☐ cistostomia Data do procedimento:	
Distúrbios Miccionais: ☐ Polaciúria ☐ Poliúria ☐ Nictúria ☐ Anúria ☐ Disúria	
Diálise: ☐ hemodiálise ☐ diálise peritoneal	
Avaliação Musculoesquelética	
Membros superiores: ☐ força muscular preservada ☐ força muscular diminuída ☐ direito ☐ esquerdo ☐ bilateral	
☐ órtese ☐ prótese ☐ direto ☐ esquerdo ☐ bilateral tipo:	
Membros inferiores: ☐ força muscular preservada ☐ força muscular diminuída ☐ direito ☐ esquerdo ☐ bilateral	
☐ órtese ☐ prótese ☐ direto ☐ esquerdo ☐ bilateral tipo:	
Apoios	
Avaliação Tegumentar	
Coloração: ☐ Palidez, se localizada, onde:	
☐ Vermelhidão (eritose), se localizada, onde:	
☐ Cianose, se localizada, onde:	
☐ Icterícia, se localizada, onde:	
Umidade: ☐ Normal ☐ Seca ☐ Aumentada	
Textura: ☐ Normal ☐ Lisa ou fina ☐ Áspera	
Espessura: ☐ Normal ☐ Atrófica (translúcida) ☐ Hipertrófica (exposição exagerada ao sol)	
Temperatura: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída	
Elasticidade: ☐ Normal ☐ Aumentada ☐ Diminuída	
Sensibilidade: ☐ Dolorosa ☐ Tátil ☐ Térmica	
Curativos / Lesões de pele	
Circule a localização anatômica da lesão ou curativo e identifique D (direito) e E (esquerdo).	
	☐ Curativo ☐ Lesão de Pele
	Localização Anatômica:
	Tamanho da lesão:
	Tipo de tecido: Cor:
	Presença de ☐ túnel ☐ cavidade ☐ odor ☐ exudato, aspecto:
	Bordas da ferida:
	Condição de pele ao redor:
	Tipo de cobertura utilizada:
Descrições / Observações:	

4.3 Resultado da Validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio

O processo de validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso no domicílio foi realizado por 40 enfermeiros juízes que atuam no processo de alta hospitalar, direta ou indiretamente. A média de idade entre eles foi de 36,17 anos, a média do tempo de formação foi de 12,1 anos. Quanto ao sexo, 32 eram do sexo feminino e 8 do masculino.

Atuavam diretamente no processo de alta hospitalar do idoso: 36 enfermeiros juízes, distribuídos da seguinte maneira: 19 atuavam nas Unidades de Internação, 05 na Unidade de Terapia Intensiva adulta, 05 no Pronto Socorro, 05 no Núcleo Interno de Regulação de leitos e 02 na supervisão noturna dos setores. Atuavam indiretamente no processo de alta hospitalar do idoso: 04 enfermeiros juízes, distribuídos da seguinte maneira: 01 atuava no Setor de Auditoria e 03 atuavam na Coordenação de Setores.

A Tabela 8 a demonstra as frequências de pontuação atribuídas pelos avaliadores, bem como os valores do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e a porcentagem de representatividade obtidos para cada domínio analisado.

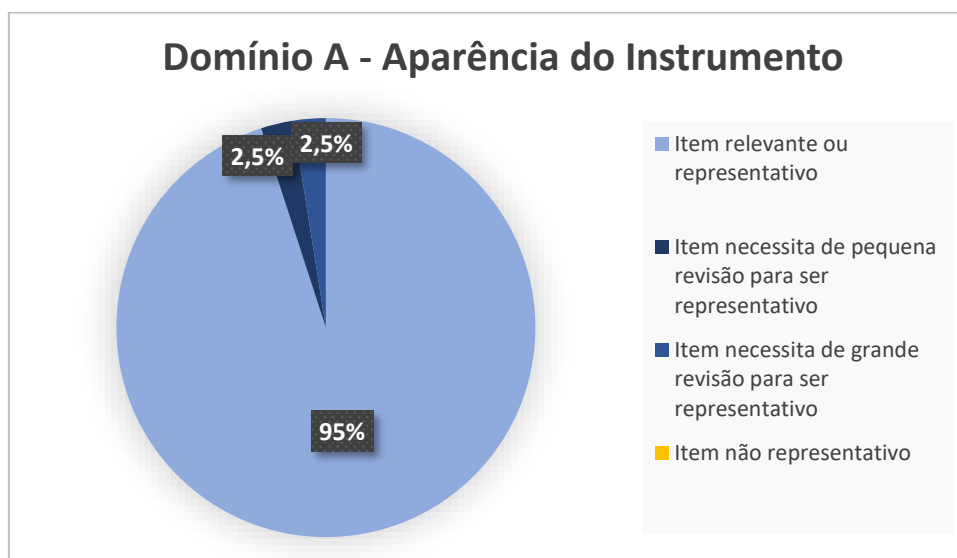
Tabela 8 - Frequência de pontuação dos avaliadores e representatividade entre os domínios

Pontuação	Aparência do Instrumento	Linguagem do Instrumento	Conteúdo do Instrumento
4	38 juízes	35 juízes	36 juízes
3	1 juiz	4 juízes	4 juízes
2	1 juiz	1 juiz	-
1	-	-	-
Total de juízes	40	40	40
IVC (0,9-1)	39/40 = 0,97	39/40 = 0,97	40/40 = 1
Porcentagem de representatividade	97%	97%	100%

Fonte: Autoria Própria. (2024).

Na avaliação do **Domínio A – aparência do instrumento**, 44 (95%) enfermeiros consideraram o item relevante ou representativo; 1 (2%) enfermeiro considerou o item necessitando de pequena revisão para ser representativo; e 1 (2%) enfermeiro considerou o item necessitando de grande revisão para ser representativo. A resposta 1 não apareceu neste item. Na opinião dos juízes, 97% consideraram o Domínio A validado.

Gráfico 1- Domínio A – Aparência do Instrumento.



Fonte: Autoria própria (2024).

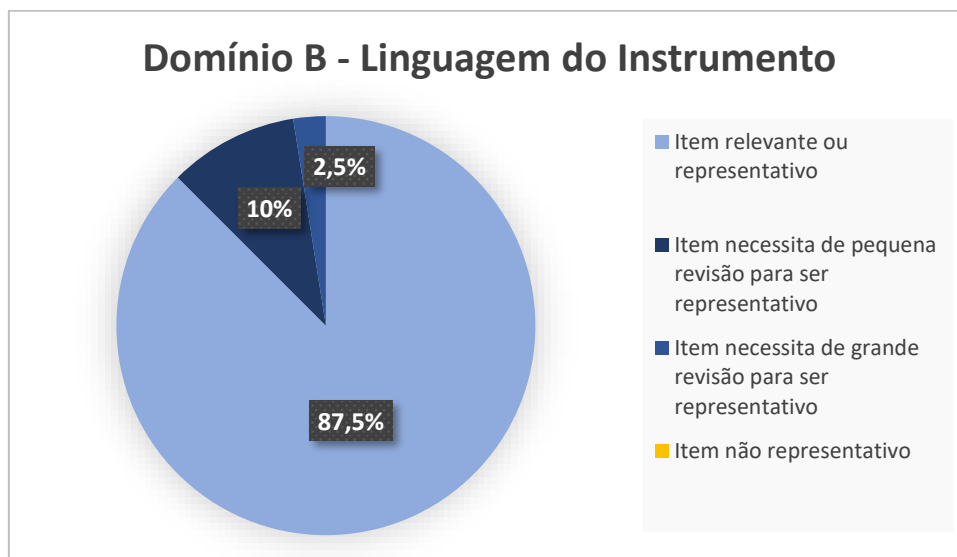
Houve a seguinte observação/sugestão:

“Aparência didática, facilita o entendimento do profissional que vai preencher o protocolo.” Especialista A.

Na avaliação do Domínio B – **Linguagem do instrumento**, 41 (89%) enfermeiros consideraram o item relevante ou representativo; 4 (8%) enfermeiros consideraram o item necessitando de pequena revisão para ser representativo; e 1 (2%) enfermeiro considerou o item necessitando de grande revisão para ser representativo. A resposta 1 não apareceu neste item. Não houve observações/sugestões neste domínio. Na opinião dos juízes, 97% consideraram o domínio B validado.

As respostas estão representadas no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Domínio B – linguagem do Instrumento

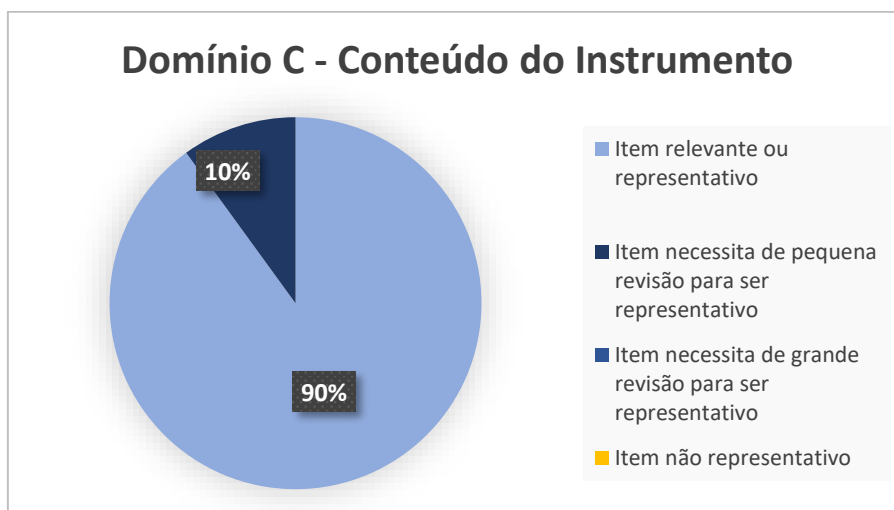


Fonte: Autoria própria (2024).

Na avaliação do Domínio C – Conteúdo do Instrumento, 42 (91%) enfermeiros consideraram o item como relevante ou representativo, 4 (8%) enfermeiros consideraram o item como necessitando de pequena revisão para ser representativo. A resposta 1 não apareceu neste item. Na opinião dos juízes, 100% consideraram o domínio C validado.

Os valores percentuais são apresentados no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Domínio C – Conteúdo do Instrumento.



Fonte: Autoria própria (2024).

As observações/sugestões são apresentadas no Quadro 7.

Quadro 5 - Observações e sugestões dos juízes sobre o domínio

Possui informações muito pertinentes, céfalo-caudal, que auxiliam na anamnese e tratamento contínuo em domicílio do paciente, colaborando com as decisões da equipe de saúde (Especialista B)

As informações estão claras e objetivas (Especialista C)

Detalha bem as instruções de cuidados em casa, o acompanhamento após a alta e orientações. O que ajuda a evitar erros como, por exemplo - checklist do preenchimento do resumo de alta e demais (Especialista D)

Por ser bem estruturado, melhora a prestação do cuidado, sem dizer que facilita o acompanhamento das orientações, se estão sendo cumpridas, por ser um formulário que pode ser documentado (Especialista E)

Fonte: Autoria Própria (2024).

5 DISCUSSÃO

A alta hospitalar do idoso é um momento decisivo que marca a transição do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio. Requer um planejamento estruturado para garantir a continuidade do cuidado e minimizar os riscos ao idoso.

Após a alta hospitalar, o idoso e o familiar cuidador podem enfrentar muitos desafios, incluindo falhas de comunicação, eventos adversos e erros nos cuidados, o que compromete a qualidade do tratamento e a segurança do paciente e do familiar cuidador.

Para Zanetoni *et al.*, (2022), o planejamento da alta qualifica o atendimento, minimiza os riscos de complicações após a internação hospitalar. As práticas padronizadas, as orientações e o acompanhamento ao paciente/familiar, as intervenções educativas junto aos profissionais de saúde e as discussões periódicas entre os serviços compõem um conjunto de ações que exercem um papel central na garantia da continuidade do cuidado.

Uchimura *et al.*, (2023), destacam em seu estudo, a importância da transição do cuidado coordenada e comunicada entre o hospital e o cuidado em domicílio. A fragilidade e a insegurança geradas nesta transição podem dificultar a compreensão das informações fornecidas pela equipe de saúde, sendo necessário um registro físico que seja entregue ao idoso e/ou ao familiar e esteja disponível no prontuário, para facilitar a continuidade do cuidado prestado, sanando dúvidas e orientando sobre horário, data e local de agendamentos, como exames, retornos e consultas com especialistas. Auxilia a lembrar-se dos horários e prazos de administração de medicamentos prescritos, bem como de cuidados específicos quanto ao tipo de alimentação, aos tipos de cirurgias, aos cuidados pós-operatórios e aos curativos.

Para Gonçalves-Bradley *et al.*, (2022), a utilização de protocolos pelos profissionais de saúde é essencial para assegurar práticas e processos seguros, beneficiando pacientes e profissionais. Os protocolos padronizam e sistematizam os cuidados e os processos por meio de documentos explicativos, contribuindo para a segurança dos pacientes e para a qualidade do atendimento.

Para Vieira *et al.*, (2020), o protocolo assistencial facilita a tomada de decisão, descrevendo uma situação específica de cuidado com detalhes e especificações operacionais. Dessa maneira, trazem maior segurança à equipe, reduzem a variabilidade das ações, facilitam a incorporação de novas tecnologias e o uso racional

dos recursos, além de possibilitar o monitoramento dos indicadores de processo e de resultados, contribuindo para a manutenção dos serviços e para a avaliação da qualidade e da segurança do cuidado prestado.

Nesse contexto, destaca-se a contribuição da engenharia clínica como área estratégica no desenvolvimento, na validação e na otimização de protocolos assistenciais. Tradicionalmente vinculada à gestão de tecnologias em saúde, a engenharia clínica tem ampliado seu escopo de atuação, incorporando abordagens voltadas à análise de processos, à gestão de riscos e à melhoria da qualidade assistencial (CALIL; TEIXEIRA, 1998; BRASIL, 2010).

As Tecnologias em Saúde constituem importantes ferramentas voltadas às diversas condicionalidades e demandas inerentes ao processo de envelhecimento. Podem proporcionar melhora na condição de saúde, na autoestima, na autonomia e na qualidade de vida dos idosos. Contribuem para a segurança no ambiente doméstico, oferecem subsídios técnicos para o cuidado em ambientes médico-hospitalares e facilitam a mobilidade e a comunicação (SALBEGO, 2021).

Tal perspectiva possibilita a construção de protocolos baseados em evidências, estruturados de forma sistemática e alinhados às necessidades dos serviços de saúde e da população atendida, favorecendo maior segurança, padronização das práticas e qualificação do cuidado (PEDROSA; COUTO, 2014; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Para MERHY (2002), as tecnologias leves-duras correspondem aos conhecimentos técnicos sistematizados, como protocolos, diretrizes e instrumentos clínicos, que orientam a prática profissional.

Nesse sentido, sua implementação contribui para a padronização das condutas, a redução da variabilidade assistencial e o fortalecimento da segurança do paciente, especialmente em momentos críticos, como a transição do cuidado.

Para a equipe de saúde, os protocolos apoiam a execução dos procedimentos de alta, evitando falhas de comunicação entre a equipe, o paciente e/ou o familiar, bem como no seguimento do cuidado no domicílio, já que o paciente e/ou o familiar podem disponibilizar o protocolo físico em consultas e outros atendimentos pós-alta. Em casos de rehospitalização, serve como parâmetro clínico para atuação da equipe hospitalar.

Furtado *et al.* (2024) ressaltam que a clareza de responsabilidades, comunicação e documentação favorece a qualificação da alta hospitalar, principalmente para os idosos, sendo fundamental que os dados de identificação do paciente, do familiar cuidador, da equipe, dos serviços envolvidos e da documentação de alta estejam claros, uniformizados e acessíveis.

Para Valente *et al.*, (2022), as falhas na comunicação, transição da documentação, estão associadas a complicações, readmissões e diminuição da capacidade funcional do idoso. Observou-se que as falhas de comunicação se iniciam com dados de identificação incorretos, não preenchidos ou registros incompletos. A inclusão dos dados de identificação e dos dados gerais no protocolo de alta hospitalar garante a segurança do paciente na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A gestão da alta promove a padronização de práticas no hospital, garantindo que a equipe multiprofissional siga os mesmos procedimentos e diretrizes, reduzindo a variabilidade do cuidado e contribuindo para a segurança do paciente, além de permitir que os profissionais abordem antecipadamente as necessidades e expectativas dos idosos e de seus cuidadores, preparando-os para o ambiente domiciliar.

A construção desse protocolo baseou-se nas facilidades e dificuldades identificadas nos artigos da revisão da literatura. Observou-se que, na fase de transição dos cuidados, as informações não são uniformes, os registros estão incompletos e/ou não atualizados, e o número de profissionais envolvidos nesse processo, bem como seus diferentes níveis de atenção, pode tornar a transição do cuidado um momento de angústia e nervosismo para o idoso e o familiar cuidador.

O protocolo de alta hospitalar para o idoso em domicílio foi elaborado de modo a contemplar as necessidades das equipes envolvidas nesse contexto, bem como as do idoso e de sua família. Para tanto, foi dividido em 5 grupos que agregam informações que subsidiam o enfermeiro no planejamento das ações de saúde e norteiam o idoso e o familiar cuidador no domicílio. O protocolo é preenchido em 2 vias pelo enfermeiro responsável pela alta do idoso. Uma via permanece no prontuário e a outra é entregue no momento da alta hospitalar.

As informações constantes nos grupos 1 e 2, identificação e dados gerais, norteiam as equipes envolvidas no processo de saúde como um todo. Evitam não conformidades, como a troca de pacientes e erros de procedimento.

As informações constantes no Grupo 3 - Gestão da Alta - otimizam o processo de alta hospitalar, garantindo que os idosos e cuidadores recebam as orientações necessárias para uma recuperação segura em casa, reduzindo a taxa de readmissões e melhorando a eficiência do sistema de saúde. Além disso, resulta em uma transição mais suave do ambiente hospitalar para o domicílio, o que é crucial para sua saúde e bem-estar. Com informações claras e um plano de cuidados bem estruturado, os idosos se sentem mais seguros e confiantes em sua recuperação, além de contarem com suporte adequado para gerenciar suas condições de saúde.

A gestão da alta, realizada de forma estruturada por meio de protocolos e planos de cuidados, é recomendada para uniformizar as orientações e reduzir os riscos à saúde do idoso durante a transição do cuidado e no período pós-alta (SOUSA *et al.*, 2022). Nesta fase do processo, podem ocorrer a fragmentação do trabalho e barreiras à comunicação que dificultam a compreensão das informações e comprometem a continuidade do cuidado. A alta pode se tornar um evento isolado entre os níveis de atenção envolvidos, aumentando o risco de readmissões hospitalares, falhas na medicação e mortalidade (MELO, *et al.*, 2025).

As informações constantes no Grupo 4 - Panorama para o cuidado em domicílio - integram o ambiente hospitalar ao cuidado domiciliar, facilitam o planejamento e a comunicação, oferecendo uma visão clara das necessidades do idoso e permitindo que os profissionais encaminhem informações essenciais ao idoso, aos cuidadores e a outros serviços de saúde. A sequência das informações foi dividida em sistemas do corpo, com o objetivo de organizar o cuidado de forma biológica e funcional, facilitando a avaliação e o registro do enfermeiro. (POTER, 2018).

O panorama do cuidado em domicílio consiste em um grupo com a finalidade de descrever as condições de saúde do idoso no momento da alta hospitalar. Contempla uma avaliação sistêmica e rápida, na qual o enfermeiro marca, com um “X”, os parâmetros em que o idoso se encontra no momento da alta.

Esse grupo também possui espaços para registro das datas de procedimentos realizados e para dispositivos que se façam necessários, nos quais é possível registrar detalhes sobre o assunto. Além dessas orientações, o grupo 4 apresenta uma figura ilustrativa do corpo humano, com o objetivo de demarcação de lesões e de dispositivos de inserção, além de espaço para descrições e observações gerais. Batista *et al.*, (2024) evidenciam que registros estruturados que contenham informações claras

durante a internação e no momento da alta, permitem aos profissionais da atenção primária um melhor acompanhamento e tomada de decisão assertiva.

O panorama do cuidado, também colabora para que os profissionais em diferentes níveis de atenção (hospitalar, ambulatório, domicílio) tenham uma visão alinhada sobre o plano de cuidados. Previne complicações ao descrever claramente o estado de saúde do idoso, os cuidados necessários e os potenciais riscos; fornece suporte à tomada de decisão por possuir informações detalhadas sobre medicamentos, dieta, fisioterapia e uso de dispositivos, o que possibilita uma decisão mais assertiva para ajustar os cuidados futuros conforme necessário.

Uchimura (2023) ressalta que a assistência prestada durante a internação do idoso, quando registrada de forma estruturada no momento da alta, evidencia aos profissionais de saúde da RAS um objeto norteador do cuidado, qualificando o atendimento pós-alta.

O Grupo 5 - Checklist de orientações para o idoso e cuidador assegura que todos os tópicos relevantes sejam abordados antes da alta, evitando esquecimentos ou omissões de informações críticas por parte da equipa de saúde, organiza as informações de maneira clara e estruturada, adaptada à capacidade de entendimento do idoso e do cuidador, e auxilia na absorção de orientações complexas ao dividir o conteúdo em itens simples e objetivos.

O *checklist* contido no protocolo de alta hospitalar para o idoso em domicílio consiste em registrar as orientações a serem realizadas para o idoso e o familiar cuidador no momento da alta, evitando omissões por parte da equipe hospitalar e reforçando a necessidade de seu cumprimento. As orientações constantes nesse grupo contemplam os cuidados que devem ser mantidos em domicílio e/ou os novos cuidados.

Segundo Martins (2023), a falta de orientações por escrito aumenta o risco de readmissões e de dificuldades na recuperação domiciliar. Silva (2021) aponta o uso de *checklist* de orientações pós-alta promovam autonomia e reduzam o esquecimento de tópicos relevantes.

Sousa *et al.*, (2022) corrobora com os autores, enfatizando que materiais escritos aos idosos e familiar cuidador melhoram a transição, diminuem a insegurança e complicações e evidencia que mensagens divididas por tópicos facilitam a compreensão.

Quanto ao processo de validação do Protocolo elaborado, ressalta-se que a validação de um instrumento garante que seu conteúdo, estrutura e aplicabilidade sejam adequados, eficazes e seguros (MEDEIROS, *et al.*, 2015).

A aparência do instrumento abrange sua formatação, estética, legibilidade, organização e acessibilidade do conteúdo. Desempenha papel importante na elaboração do protocolo, demonstrando eficácia na comunicação e fortalecendo a segurança do paciente. Estes itens aproximam a interação dos usuários com o documento, aumentando a confiança na adesão ao tratamento e facilitando a compreensão. Protocolos com apresentação visual confusa ou sobrecarregada podem levar a mal-entendidos, comprometendo as orientações do documento e, conseqüentemente, afetando a continuidade do cuidado no domicílio.

Quanto à validação de linguagem do instrumento, esta compreende elementos que visam garantir a clareza, a precisão e a efetividade na comunicação. A linguagem deve ser técnica, porém acessível, evitando ambiguidade ou interpretações equivocadas. A padronização das informações e a descrição clara das orientações e responsabilidades asseguram a qualidade do cuidado já prestado e sua continuidade.

A estrutura do texto deve seguir uma lógica sequencial, organizada em seções que abordem as necessidades do instrumento, facilitando a leitura e o preenchimento do documento.

É importante utilizar linguagem humanizada e sensível às necessidades do idoso, considerando suas particularidades físicas, cognitivas e emocionais, e promovendo a valorização da autonomia.

A personalização da linguagem pode aumentar a eficácia da comunicação e garantir que as informações sejam significativas para seus usuários. A linguagem adequada é um elemento central na comunicação clínica. Deste modo, a linguagem utilizada na elaboração do protocolo buscou elementos que favorecessem a construção da confiança, a redução da ansiedade e a promoção do engajamento dos usuários do documento. Do ponto de vista técnico, buscou-se utilizar linguagem padronizada e clara, facilitando a comunicação entre profissionais de saúde.

Revisões de documentos técnicos indicam que intervenções de transição do cuidado, bem geridas, podem reduzir as readmissões e melhorar a eficiência do sistema de saúde. (UCHIMURA *et al.*, 2023; TOMAZELLA *et al.*, 2023).

Destarte, a validação do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso no domicílio promove a continuidade do cuidado, a prevenção de agravos no domicílio e contribui para a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde, além de evidenciar sua aplicabilidade na prática diária do enfermeiro.

O produto dessa pesquisa buscou contemplar as necessidades identificadas em estudos anteriores a fim de organizar de maneira adequada, os aspectos que envolvem o processo de alta hospitalar do idoso em relação aos profissionais da rede de saúde e para o idoso e família. Dessa forma, busca-se minimizar as inseguranças no retorno ao domicílio, favorecer a recuperação ativa e funcional e viabilizar um cuidado ampliado, seguro e efetivo.

Sobre a alta qualificada voltada para o idoso, a literatura apresenta ampla discussão sobre os impactos funcionais e os fatores limitantes decorrentes da internação hospitalar e de seus desdobramentos no domicílio.

Pesquisas recentes demonstram que 35% dos idosos que passaram por internações não recuperam a funcionalidade no momento da alta. Familiares e cuidadores têm demonstrado dificuldade na assimilação das informações sobre os diagnósticos fornecidos pela equipe hospitalar durante a alta, especialmente em condições clínicas, como doenças crônicas não transmissíveis.

Pode-se observar estudos nas categorias de orientações de alta, *checklist* para uso hospitalar no momento da alta e caracterização da transição do cuidado, voltados apenas aos itens específicos envolvidos no processo de alta hospitalar, evidenciando a fragmentação de grupos, o que dificulta a adesão do idoso ao seguimento das orientações, a segurança da família e a falta de comunicação com a rede de atenção à saúde.

Nesse sentido, o Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em Domicílio, com o objetivo de responder aos elementos amplamente identificados tanto nos estudos analisados quanto na percepção dos enfermeiros participantes desta pesquisa, contemplou as fragilidades ainda presentes no processo de transição do cuidado entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

O instrumento desenvolvido preenche uma lacuna assistencial historicamente reconhecida, podendo qualificar as práticas profissionais, fortalecer a comunicação entre equipes multiprofissionais, subsidiar novas estratégias de cuidado e apoiar decisões clínicas, promovendo maior segurança ao idoso no retorno ao domicílio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo alcançou os objetivos propostos, com base no embasamento da revisão integrativa da literatura, o que possibilitou a construção do Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio. A validação do instrumento apresentado foi alcançada na sua primeira versão, com Índice de Validação de Conteúdo (IVC) satisfatório (0,97 e 1), e o produto desta pesquisa foi denominado “Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio”.

O Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio tem por objetivo estruturar, padronizar e qualificar o processo de transição do cuidado do ambiente hospitalar para o contexto domiciliar, assegurando a continuidade da assistência, a segurança do paciente e a efetividade das intervenções terapêuticas.

A construção do protocolo de alta hospitalar para o idoso no domicílio evidenciou a adoção de processos assistenciais baseados em evidências, capazes de orientar a prática clínica de forma sistematizada, segura e alinhada às necessidades do idoso, bem como de estruturar o cuidado com base em recomendações científicas e em etapas claramente definidas. O protocolo contribui para a qualificação da assistência, redução da variabilidade das condutas e fortalecimento da segurança do paciente, em um momento crítico como a transição do ambiente hospitalar para o domicílio.

A utilização de instrumentos previamente validados fortalece a continuidade do cuidado, favorece a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e garante maior consistência nas informações transferidas aos profissionais da atenção primária e aos familiares cuidadores. Nesse contexto, o protocolo configura-se como uma tecnologia leve-dura estruturante, capaz de integrar fluxos assistenciais, otimizar recursos e promover maior eficiência no sistema de saúde.

Ressalta-se que o protocolo foi discutido com a gestão de saúde do Município e que a diretora do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais e as diretoras das Unidades de Pronto Atendimento manifestaram interesse em implementá-lo (ANEXO E).

Este estudo pode contribuir para os avanços do conhecimento nas áreas de gerontologia, enfermagem e engenharia biomédica, sob as perspectivas metodológica e de cuidado, para a discussão de novas práticas e políticas de saúde.

direcionadas à assistência à população idosa que necessita de cuidados hospitalares e aos seus cuidadores familiares.

Desta maneira, qualifica a transição do cuidado e do atendimento no domicílio, ampliando ações de atenção à saúde desta população, bem como a estruturação de uma rede de apoio.

O Protocolo de Alta Hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio também pode contribuir para a educação em saúde, empoderando o idoso e sua família no manejo das doenças crônicas e no enfrentamento das limitações funcionais decorrentes do processo de envelhecimento.

Como limitação, destaca-se a realização do estudo em um único hospital, o que pode comprometer a generalização dos resultados.

Estudos posteriores podem ser desenvolvidos com vistas à avaliação do impacto desse instrumento na prática clínica e na vivência desses pacientes pós-alta, o que poderá evidenciar a efetividade do protocolo.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; NORA, C. R. D.; FONTENELE, R. M.; AUED, G. K.; SILVEIRA, C. S.; SANSEVERINO, A. X. Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 57: e20230083, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0083pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/Z3sfnouyapwqr4ak4gwxj9k/>. Acesso em: 05 fev.2024.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo de construção e adaptação de instrumentos de medida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-68, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 28 out. 2023. Acesso em: 07 jun.2024.

ALVES, N. M. C.; CEBALLOS, A. G. da C. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. **Journal Health Biological Science.**, v. 6, n. 4, p. 412-418, 2018. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.1910.p412-418.2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2126>. acesso em: 12 jun.2023.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação** (Longeviver), n. 40, p. ..., 2014. ISSN 2596-027X. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/anteriores/index.php/revistaportal/article/view/440>. Acesso em: 2 mai.2023.

AMORIM, R. F.; PEDREIRA, L. C.; MARTINEZ, B. P.; GOMES, N. P.; SAMAPAI, R. S.; DAMASCENO, G. J. Interventions to promote older adult functionality in the home transition: integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 27: e23022, 2024. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1981-22562024027.230227.EN](https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230227.EN). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Sh5Sn8nBcc9WJXDswgQDKz/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr.2024.

ANDRADE, F. L. J. P. de.; et al. F. L. J. P. de A.; J. J.R.; L. M. de B. M. F.; J. M. R. de L.; K. C. de L. Incidência e fatores de risco para hospitalização em pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, e200241, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200241>. Disponível em: <https://www.rbagg.uerj.br/arquivos/edicoes/RBGG%2023-4PORT.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

ARAÚJO, E. de.; ARAÚJO, K. D.; JUNIOR, H. M.T.L.; SANTANA, R. F.; PINHEIRO, D. S. Capacidade funcional de idosos na internação e três meses do pós-alta hospitalar. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 127-144, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.93511>. Disponível em: file:///C:/Users/alaag/Downloads/capacidade_funcional_de_idosos_na_internacao_e_tre.pdf. acesso em: 22 mai.2023.

BARBOSA, S. M.; ZACHARIAS, F. C. M.; SCHÖNHOLZER, T. E.; CARLOS, D. M.; PIRES, M. E. L.; VALENTE, S. H.; FABRIZ, L. A.; PINTO, I. C. Planejamento de alta hospitalar na transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem** 3, v. 76, n. 6, art. e20220772, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0772pt. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZvQjgCQjtGcVLbV5PYHSb9g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun.2024.

BASTOS, L. A. V. M.; BICHARA, J. L. P.; NASCIMENTO, G.S.; VILLELA, P. B. de.; OLIVEIRA, G. M. M. Mortality from diseases of the circulatory system in Brazil and its relationship with social determinants focusing on vulnerability: an ecological study. **BMC Public Health**. 20;22(1):1947. DOI: 10.1186/s12889-022-14294-3. PMID: 36266678; PMCID: PMC9583513. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9583513>. Acesso em: 14 abr.2023.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(1), pp. 325-339, 2023. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p325-339>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/56515>. Acesso em: 30 jan.2024.

BATISTA, N. M. R.; DELAROZA, M. S. G.; PERALES, P. G. P. S.; HADDAD, C. F. L.; CARREIRA, L.; SIGNOLFI, R. R.; PUCHASKI, T. M.; Atenção primária: cuidado transicional dos profissionais ao idoso frágil e seus cuidadores após alta hospitalar. **Saúde Coletiva**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i89p13338-13349>. Disponível em: [HTTPS://SAUDECOLETIVA.COM.BR/INDEX.PHP/SAUDECOLETIVA/ARTICLE/VIEW/1505](https://SAUDECOLETIVA.COM.BR/INDEX.PHP/SAUDECOLETIVA/ARTICLE/VIEW/1505). Acesso em: 19 nov.2024.

BORGES, M. M.; CUSTÓDIO, L. A.; CAVALCANTE, D. F. B.; PEREIRA, A. C.; CARREGARO, R. L. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 1, p. 231-242, 2023. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232023281.08392022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/97LpXcVCCNwFdZyCLMDPXGd/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 5 fev.2024.

BRASIL. Morbidade hospitalar por local de internação. **Datasus, 2024**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 abr. 2025.

BRASIL (2010): BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2010. Acesso em: 02 mar 2026.

BRASIL. Mortalidade hospitalar por local de internação. **Datasus, 2024**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 abr. 2025.

BRASIL. **Atenção Primária à Saúde: conceitos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 7 fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): MS; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf?utm_. Acesso em: 12 jan.2024.

CASTRO, J. L. C.; PASSOS, Á. L. V.; ARAÚJO, L. F.; SANTOS, J. V. O. Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: suas representações sociais. **Actualidades en Psicología**, v. 34, n. 128, p. 1-15, jan./ jun. 2020. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.15517/AP.V34I128.35246](https://doi.org/10.15517/AP.V34I128.35246). Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000100001. Acesso em: 2 jul.2024.

CALIL; TEIXEIRA (1998): CALIL, S. J; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. **Gerenciamento de tecnologia em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Acesso em: 02 mar 2026.

CECCON, R. F.; SOARES, K. G.; VIEIRA, L. J. E. de S.; GARCIA JÚNIOR, C. A. S. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 99-108 ,2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>. Disponível em: [HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/CSC/A/JH377DRYXCQWKQNTVJXVVP/?FORMAT=PDF&LANG=PT](https://www.scielo.br/j/csc/a/JH377DRYXCQWKQNTVJXVVP/?FORMAT=PDF&LANG=PT). Acesso em: 2 jul.2023.

COSTA, M. F. B. N. A.; SICHIERI, K.; POVEDA, V. B.; BAPTISTA, M. C.; AGUADO, P. C. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(Supl 3): e20200187 ,2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/H9bwg7BXV7kTdj4zSyM7CVn/?lang=pt>. Acesso em: 13 mai 2023.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I.; ANDRADE, S. R.; SOARES, C. F.; PEREZ, E. I.; BERNARDINO, E. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto Enfermagem**. 29:e20180332. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6jkpqY6C6C5vXkj7bdgndc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 mar.2024.

DRENT-H-VAN MAANEN, A. C.; WILTING, I.; JANSEN, P. A. F. Prescrição de medicamentos para idosos - como fazer considerando o impacto do envelhecimento nos órgãos e nas funções do corpo humano. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 86, p. 1921-1930 ,2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.14094>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31425638/>. Acesso em: 2 mar.2023.

GALLO, V. C. L.; KHALAF, D. K.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; SANTIAGO, M. L.; & VENDRUSCOLO, C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, 11, e79 ,2021. DOI: [10.5902/2179769264383](https://doi.org/10.5902/2179769264383). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64383/html>. Acesso em: 23 abr.2023

GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; LANNIN, N. A.; CLEMSON, L.; CAMERON, I. D.; SHEPPERD, S. Discharge planning from hospital. **Cochrane Data base of Systematic Reviews**, v. 2022, n. 2, art. CD000313 ,2022. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816297/>. Acesso em: 17 set. 2023.

FARIA, R; SPODE, P. O envelhecimento populacional brasileiro sob uma perspectiva regional e urbana. **Revista Geousp**, São Paulo, v. 28, n. 3, e221106 ,2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2024.221106pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/geo/a/TWwSCmxN5nxMjZypjSg8kyg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 out.2023.

FLESCHE, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236 ,2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>. Disponível em: <HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/EPSIC/A/9ZYHXRGMNCFNRTV3MTRQMVR/?FORMAT=PDF&LANG=PT>. Acesso em: 6 jan.2023.

FRANCISCO, P. M. S. B.; et al Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2655-2665 ,2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.22482021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6pN8zZYJcY34dcRL5pmxW6j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 nov.2023.

FERREIRA, K.; REPPETTO, M. Ações da enfermagem no respeito à autonomia do idoso hospitalizado. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 761-767 ,2023. DOI: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/785/814> v. 13, n. 41, p. 761-767 ,2023. Disponível em: <HTTPS://RECIEN.COM.BR/INDEX.PHP/RECIEN/ARTICLE/VIEW/785/814>. acesso em: 5 nov.2023.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 77-88 ,2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.33882020. Disponível em: <HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/CSC/A/N4NH53DFX39SRCC3FKHDYZY/?FORMAT=PDF&LANG=PT>. Acesso em: 12 out.2023.

FIORENZA, L. A.; MARCHIORI, M. R. C. T.; SILVA, S. C.; SOCOOL, K. L. S. Continuidade do cuidado como estratégia para atenção integral à saúde: fluxo de referência e contrarreferência após alta hospitalar. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 812-825 ,2023. <https://recien.com.br/index.php/recien/article/view/800/817>. DOI: 10.24276/rrecien2023.13.41.812-825. Acesso em: 25 fev.2024.

FURTADO, C. B. B.; SIQUEIRA, J. S.; SOARES, Q. -H.; DAMACENO, D. G.; ESTEVES, L. S. F. Caracterização da transição de cuidados hospital/domicílio de pacientes adultos internados em hospital de referência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 11 ,2024. DOI: 10.25248/reas.e16581.2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/16581>. Acesso em: 10 out.2024.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. **Frality and Failure to thrive**. In: HAZZARD, W.R.; BLASS, J.P.; HALTER, J. B., et al "Principle geriatric medicine and gerontology" 5ª ed. New York: Mac Graw- Hill; ,2003.

GARCIA; NÓBREGA (2009):
GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 188-193, 2009. Acesso em: 02 mar 2026.

GHENO, J.; AIRES, L. A. A. K. C.; WEIS, A. H. Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar. **Revista de Enfermagem**, Atual In Derme;97(1): e023011.2023. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.31011/REaid-2023-V.97-N.1-ART.1611](https://doi.org/10.31011/REaid-2023-V.97-N.1-ART.1611). Disponível em: [HTTPS://DOCS.BVSALUD.ORG/BIBLIOREF/2024/11/1578943/1611PT.PDF](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/11/1578943/1611PT.PDF). Acesso em: 29 ago.2024.

GHENO, J.; WEIS, A. H. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, e20210030 ,2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 mar.2023.

GOMES, L. M. S.; PAULA, D. G.; VERNAGLIA, T. V. C.; SILVA, L. M. da. Construction of DesHospitaliza – Plano de gestão para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. **Research, Society & Development**, v. 10, n. 2, p. e26510212429, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12429. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/12429?utmm>. Acesso em: 28 nov.2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9173-pnad-continua.html>. Acesso em: 15 mar.2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Agência de Notícias IBGE, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 15 mar.2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábuas Completas de Mortalidade**: 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-tabuas-completas-de-mortalidade.html>. Acesso em: 19 mar.2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: População nos municípios — Primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Populacao_e_domicilios_P

rimeiros_resultados/Resultados_da_2a_apuracao_20231027/POP2022_Municipios_Primeiros_Resultados_20231222.pdf. Acesso em: 15 fev.2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Breve análise da nova projeção da população do IBGE: impactos previdenciários.** Nota Técnica n.º 51, 2023. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/pdfs/nota_tecnica/1801207_nt_51_disoc_breve_analise_nova_projecao_populacao_ibge_impactos_previdenciarios.pdf. acesso em: 19 mar.2024.

LOBATO, g.; CAETANO, c. e. p.; SAVI, b. g.; OLIVEIRA, a. de c. c. de. Modificações no processo de envelhecimento físico e patológico. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S. l.], p. 49, 2022. Disponível em: [HTTPS://WWW.REVISTAREMECS.COM.BR/INDEX.PHP/REMECS/ARTICLE/VIEW/855](https://www.revistaremeecs.com.br/index.php/remecs/article/view/855). Acesso em: 8 jun.2024.

MARTINS, G.; SILVA, G. D. de O. da.; ALVES, L. C. de S.; MONTEIRO, D. Q.; GRATÃO, A. C. M.; Orientações aos cuidadores familiares de idosos pós-alta hospitalar: revisão sistemática. **Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 38, p. 107–117 ,2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.38.107-117. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/639>. Acesso em: 23 fev.2023.

MATOS, A. S.; TUFIC-GARUTTI, S. S. Abordagens para a polifarmácia e seus riscos na terceira idade. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 11, p. 1172-1183, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p1172-1183>. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/4241>. Acesso em: 31 out. 2024.

MEDEIROS, R. K. S, et al. Modelo de avaliação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**17(2):278-89 ,2015. DOI:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Disponível em: [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=388239974007](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239974007). acesso em: 2 dez.2023.

MENDES, T. S. R. SANTOS, R. C. B.; SANTOS, L. S.; L, S. S.; NASCIMENTO, S. B.; PINHO, C. P. S. P.; NETA, A. C. P. A.; LUZ, M. C. L. L.; LEMOS, M. C. C. L. Frailty, body composition and nutritional status of hospitalized older adults. **Aging Medicine and Healthcare**, v. 15, n. 3, p. 114-121 ,2024. DOI: 10.33879/AMH.153.2022.08078. Disponível em: [HTTPS://WWW.AGINGMEDHEALTHC.COM/WP-CONTENT/UPLOADS/2024/09/AMH-2022-08-078_VOLUME-15-ISSUE-3_FINAL.PDF](https://www.agingmedhealthc.com/wp-content/uploads/2024/09/AMH-2022-08-078_VOLUME-15-ISSUE-3_FINAL.PDF). Acesso em: 27 nov.2024.

MELO,R.C; CARLOTTO,F.D; FIGUEIREDO,N.M; RIQUINHO,D.L. Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e350216, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350216pt>. Acesso em: 02 mar 2026.

MERHY, E.E. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: MERHY, E. E; ONOCKO, R.(org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150. Acesso em: 02 mar 2026.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, G. B. S.; BORGES, N. G. S.; RIBEIRO, N. M. da S. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 18, n. 3, p. 330–334, set./dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v18i3.34417> Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34417>. Acesso em: 23 mar.2023.

INISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 8 mar.2023.

NOVAES, H.M.D; SOÁREZ, P.C. Avaliação de tecnologias em saúde: institucionalização e desenvolvimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00028220, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00028220>. Acesso em: 20 jan 2026.

OLIVEIRA, E. S.; MENESEZ, T. M. O.; GOMES, N. P.; OLIVEIRA L. M. S.; BATISTA, V. M.; OLIVEIRA, M. C. M, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021; 75(Supl 4): e20210192. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3ThGBpGHY8W3nLSgvn8ch8x/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 ago.2024.

OLIVEIRA, H. S. B.; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 165-76, mar.-abr. ,2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/ISSN.1679-9836.V97I2P165-176>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/140603>. Acesso em: 19 jun.2023.

OLIVEIRA, M. J. S; BONIATTI, M. M; FILIPPIN, L. I. O idoso, a desospitalização e a família: os desafios para prática do cuidado domiciliar. **Revista Uruguia de Enfermagem**, 16(2): e2021v16n2a9 ,2021. DOI: 10.33517/rue2021v16n2a9. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/323>. Acesso em: 11 mai.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ageing and health: key facts**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 9 jun.2023.

ONÓFRIO, L. F.; HEUERT, S. K.; THOMAZ, R. P.; VIEIRA, M. R.; DELBONI, M. C. C. Implicações das doenças crônicas e síndromes geriátricas na capacidade funcional de idosos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 24(6), e15711 ,2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e15711>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/15711>. Acesso em: 12 dez.2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 12 dez.2024.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook ,2014. 1 mai.2023.

PAZAN, F.; WEHLING, M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. **European Geriatric Medicine**, v. 12, n. 3, p. 443–452 ,2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>. disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-021-00479-3>. Acesso em:23 jul.2023.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília**, v. 23, n. spe, p. 99-107, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000500019>. Acesso em: 2 jan. 2026

PEDROSA; COUTO (2014):PEDROSA, Tânia Maria Grillo; COUTO, Renato Camargos. *Segurança do paciente*. Belo Horizonte: **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2014. Acesso em: 02 mar.2026.

POLATI, A. M.; SARTI, T. D.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, P. S. C. Care Coordination in Primary Care for individuals with Chronic Diseases. **Revista da Universidade de São Paulo**. Ribeirão Preto: 57(4): e220586 ,2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.220586>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/220586>. Acesso em: 28 nov.2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p. Acesso em: 28 nov.2024.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.Acesso em: 4 fev 2026.

PREDEBON, M. L.; RAMOS, G.; DAL PIZZOL, F. L. F.; SANTOS, N. O. dos; PASKULIN, L. M. G.; ROSSET, I. Funcionalidade global e fatores associados em idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar da Atenção Básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3476 ,2021. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1518-8345.5026.3476](https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476).: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qVYKchGbYCbMc8dKyM9QChd/>. Acesso em: 15 jun. 2023.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799– 1808 ,2020. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232020255.34122019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VJ9syfhhdCSqVHH4TbyxTJh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr.2023.

ROCHA FILHO, I. B. M.; FRANCISCHETTO, L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca dos direitos em saúde e assistência social. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 7 ,2022. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i7.1662>. 10.47820/recima21.v3i7.1662. Disponível em: [HTTPS://RECIMA21.COM.BR/RECIMA21/ARTICLE/VIEW/1662](https://RECIMA21.COM.BR/RECIMA21/ARTICLE/VIEW/1662). Acesso em: 7mai.2023.

SALBEGO, C. et al. Tecnologias leves no processo do autocuidado na pessoa idosa. **Rev.Cuidado é fundamental Online**, v.13p.744-750, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9230> Acesso em: 02 mar 2026.

SANTANA, L. F. S.; COSTA, L. F. G. R.; VALE, R. G.; BIANCO, G.; SANTANA, L. B.; & DANTAS, E. H. M. Explorando as conexões entre iatrogenia e polifarmácia em pessoas idosas de diferentes faixas etárias decenais. **Contribuciones a las ciencias sociales**. Online.17(8), e9393, 2024. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.55905/REVCONV.17N.8-186](https://doi.org/10.55905/REVCONV.17N.8-186). Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/9393>. Acesso em: 4 fev.2024.

SANTOS, A. C. dos.; LIMA, R. S. de.; SOUZA, M. A. de. Cuidados domiciliares em enfermagem: organização, desafios e práticas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 2, p. 245-253, 2022. Disponível em: [HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/REBEN/A/HTFYJWZXBWX9VZLJF9SSGBH/?LANG=PT](https://www.scielo.br/j/reben/a/htfyjwzxbwx9vzljf9ssgbh/?lang=pt). Acesso em: 5 set.2023.

SANTOS, J. D. R.; SANTOS, V. R. C.; MENDONÇA, X. M. F. D.; FERREIRA, I. P.; ALBUQUERQUE, J. V.; SIQUEIRA, B. C. N.; COELHO, V. F. V.; GONÇALVES, B. L. L.; SOUZA, C. F. L.; TRINDADE, C. B. S. Tecnologia educacional: Orientação no autocuidado à pacientes idosos da alta da clínica médica para o domicílio. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, e233111133685, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33685> Disponível em: Acesso em: 15 jul.2024.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, J. A. Transição demográfica no Brasil: análise das taxas de fecundidade e estrutura etária. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 36, n. 1, p. 1– 20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-30982019000100001>. Disponível em: [HTTPS://REBEP.ORG.BR/REVISTA/ISSUE/VIEW/72](https://REBEP.ORG.BR/REVISTA/ISSUE/VIEW/72). Acesso em: 5 jun.2023.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369– 1380, abr. 2019. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232018244.01222019](https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/>. Acesso em: 1 mar.2023.

SÉLTIK, C. M.; LENARDT, M.; BETIOLLI, S. E.; SETOGUSHI, L. S.; MORAES, D. C.; MELLO, B. H. Relação entre fragilidade física e síndromes geriátricas em idosos da assistência ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem** 2022; 35: eAPE01797. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01797>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/PC55p8kLGKj4qdFzSqtHyZJ/>. Acesso em: 16 mar.2023.

SILVA, R. M. da; BRASIL, C. C. P.; BEZERRA, I. C.; FIGUEIREDO, M. do L. F.; SANTOS, M. C. L.; GONÇALVES, J. L.; JARDIM, M. H. de A. G. Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 89– 98, 2021. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1413-81232020261.31972020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FLfprHw5C8ZvH365RbqnNPS/>. Acesso em: 5 mai.2023.

SILVA, R. A. E.; SILVA, C. N.; BRAGA, P. P.; FRIEDRICH, D. B. C.; CAVALCANTE, R. B.; CASTRO, E. A. B. Management of home care by family caregivers to elderly after hospital discharge. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020; 73(Supl 3): e20200474. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0474>. Disponível em:

[HTTPS://WWW.SCIELO.BR/J/REBEN/A/KMJBHMMVTLJQFYPYYXTCVJM/?LANG=EN](https://www.scielo.br/j/reben/a/kmjbhmmvltljqfypyyxtcvjm/?lang=en). Acesso em: 11 nov.2023.

SOUSA, W. C. M.; LEITE, R. C. N.; BARRETO, R. G.; MONTENEGRO, C. P. D.; TERRA, F. S.; ROBAZZI, M. L. C. C. Alta hospitalar qualificada e orientações multidisciplinares aos pacientes idosos com COVID-19: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 25(4): e230033 ,2023. DOI: 10.1590/1981-22562022025.230033. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7gq8YxX4mPqfWJ8wZqY8Y8q/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago.2023.

SOUSA, L. S.; PONTES, M. L.; PEREIRA, R. R.; LEITE, M. A.; NOVA, F. A.; MONTEIRO, E. A. Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do cuidador/idoso: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, 36: eAPE03631 ,2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AR03631. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/7Hw8Wz4xYyY5Z8zY4wX7Y8y/?lang=pt>. Acesso em: 24 nov.2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.Online**, 8(1 Pt1):102-6 ,2010. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/7Yf4wLz4Gz3P3Z8yYxW7Y8z/?lang=pt>. Acesso em: 08 dez.2023.

TOMAZELA, M.; VALENTE S. H.; LIMA, M. A.; BUGARELLI, A. F.; FABRIZ, L. A.; ZACARIAS, F. C. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 36: eAPE0029 ,2023. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO0029. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Y8Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8y/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev.2024.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300113 ,2020. DOI: 10.1590/s0103-73312020300113. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Y9Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8z/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev.2023.

THOMAZ, F. C. Funcionalidade e hospitalização em idosos internados no Hospital Estadual Bauru. 2021. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica da **Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**. Botucatu ,2021.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz** ,2001.

UCHIMURA, L. Y. T.; FIGUEIRÓ, M. F.; SILVA, D. B.; PAIVA, L. K. de.; MAGALHÃES, P. P.; YONEKURA, T. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 47 ,2023. DOI: 10.26633/rpsp.2023.143. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/journal/rpsp/artigos/evidencias-efetividade-dos-cuidados-transicao-em-idosos-apos-internacao-hospitalar>. Acesso em: 15 out.2024.

VALENTE, S. H.; ZACHARIAS, F. C. M.; FABRIZ, L. A.; SCHONHOLZER, T. E.; FERRO, D.; PINTO, I. C. Percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 27: e230194 ,2022. DOI: 10.1590/1981-22562024027.230194. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Y8Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8z/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez.2023.

VERAS, R. P. Doenças Crônicas e longevidade: desafios futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.26, e230233 ,2023. DOI: 10.1590/1981-22562023026.230233. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Y9Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8z/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun.2024.

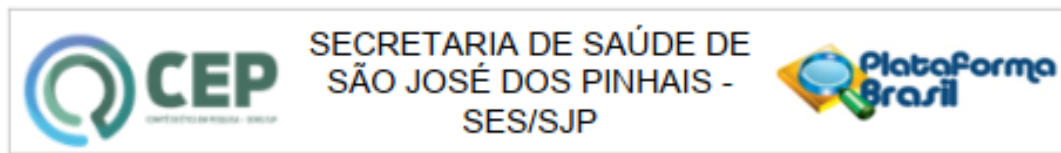
VERAS, R. P. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, e230065, 2022.DOI: 10.1590/1981-22562022025.230065.pt Disponível em : <HTTPS://WWW.RBGG.UERJ.BR/ARQUIVOS/EDICOES/RBGG%20V25N3PORT.PDF>. Acesso em: 24 jun.2023.

VIEIRA, T. W.; SAKAMOTO, V. T. M.; MORAES, L. C.; CARREGNATO, R. C. A. Métodos de validação de protocolo assistencial de enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73(suppe): e2020050 ,2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0500. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y8Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8z/?lang=pt>. Acesso em:8 out.2023.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 43: e20210044 ,2022. DOI: 10.1590/1983-1447.2022.20210044.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Y9Z8wZ4xYyY5Z8zY4wX7Y8z/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago.2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Persons in emergencies: an active ageing perspective. Geneva: **World Health Organization** ,2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093343>. Acesso em: 27nov.2024.

Anexo A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM

Pesquisador: ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76627123.6.0000.9587

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE SAO JOSE DOS PINHAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.626.862

Apresentação do Projeto:

Título da pesquisa PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADO DO IDOSO EM DOMICÍLIO.
Objetivo Propor um plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio.
Objetivos Específicos: Realizar revisão de literatura para identificar estudos científicos sobre planos de alta hospitalar para idosos. Construir o plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso no domicílio. Validar o plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio. **Material e método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica de natureza qualitativa que seguirá as seguintes etapas: Etapa 1– Revisão de literatura. Será realizado busca em literatura científica para identificar estudos que apresentem planos de alta hospitalar para o idoso. Etapa2 – Elaboração Plano terapêutico de alta hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio. Com base nos dados provenientes da revisão literatura, será elaborado Plano terapêutico de alta hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio. Etapa 3 – Validação do Plano terapêutico de alta hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio pelos enfermeiros de um hospital da região metropolitana de Curitiba. Para a validação do guia terapêutico serão convidados os profissionais enfermeiros atuantes em um hospital da região metropolitana de Curitiba. Os critérios de inclusão para os profissionais enfermeiros são: trabalhar diretamente na assistência ao idoso, ser funcionário há pelo menos um ano no local do estudo. Os critérios de exclusão para os profissionais enfermeiros são: estar de férias, atestado ou afastamento no momento da coleta de dados. Para o recrutamento dos participantes da pesquisa, será realizada

Endereço: Rua Cruz Machado, 70
Bairro: São Pedro **CEP:** 83.005-490
UF: PR **Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS
Telefone: (41)3381-5839 **Fax:** (41)98825-9068 **E-mail:** cep.sems@sjp.pr.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -
SES/SJP



Continuação do Parecer: 6.626.862

divulgação por meio de cartazes no hospital onde será realizado a coleta de dados. Para aqueles que desejarem participar da pesquisa, será solicitado que entrem em contato com o pesquisador por telefone ou e-mail, que será disponibilizado no material de divulgação. O pesquisador agendará o melhor horário para solicitar a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentar o protocolo de alta hospitalar e disponibilizar o instrumento para validação do protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo

Propor um plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio.

Objetivos Específicos: Realizar revisão de literatura para identificar estudos científicos sobre planos de alta hospitalar para idosos. Construir o plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso no domicílio. Validar o plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode oferecer riscos quanto à identificação do participante. Para tanto, serão adotadas medidas preventivas, como, realizar a validação em local que permita o sigilo e privacidade do participante, manter as informações coletadas sob guarda do pesquisador em computador pessoal, protegidos com senha, e com descarte das informações após cinco anos da realização da pesquisa. Não serão armazenadas informações em nuvem. Não serão utilizadas imagens e informações que possam identificar os participantes. No projeto os participantes serão codificados, se necessário, com a consoante PS para o profissional da Saúde seguida do valor numérico sequencial (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8, PS9, PS10) Podem ocorrer desconforto como: desgaste de tempo para avaliar o conteúdo. Para minimizar tal desconforto será informado ao participantes sobre a flexibilidade de horário para avaliação e entrega do instrumento de validação.

Os benefícios da pesquisa são relacionados diretamente aos pacientes idosos e profissionais da saúde que terão maior fundamentação, padronização e segurança na continuidade de cuidado ao idoso.

Endereço: Rua Cruz Machado, 70
Bairro: São Pedro CEP: 83.005-490
UF: PR Município: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
Telefone: (41)3381-5839 Fax: (41)98825-9068 E-mail: cep.sems@sjp.pr.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -
SES/SJP



Continuação do Parecer: 6.626.862

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo apresenta temática relevante, com metodologia e cronograma adequado para a execução da pesquisa (Início da coleta em Março de 2024). Referencial teórico pertinente e adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos foram todos apresentados de acordo com a Res. 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

"Recomendação de aprovação do projeto."

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais e anuais sobre o andamento do estudo, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, além do envio dos relatórios de eventos adversos, quando houver. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-SEMS/SJP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2264334.pdf	19/12/2023 15:06:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/12/2023 15:00:06	ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	19/12/2023 14:59:54	ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	19/12/2023 14:59:36	ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/12/2023 14:59:24	ALESSANDRA LUCIANA AGUILERA	Aceito

Endereço: Rua Cruz Machado, 70

Bairro: São Pedro

CEP: 83.005-490

UF: PR

Município: SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Telefone: (41)3381-5839

Fax: (41)98825-9068

E-mail: cep.sems@sjp.pr.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -
SES/SJP



Continuação do Parecer: 6.626.862

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DOS PINHAIS, 29 de Janeiro de 2024

Assinado por:

Marcia Daniele Seima
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cruz Machado, 70
Bairro: São Pedro CEP: 83.005-490
UF: PR Município: SAO JOSE DOS PINHAIS
Telefone: (41)3381-5839 Fax: (41)98825-9068 E-mail: cep.sems@sjp.pr.gov.br

Anexo B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do estudo protocolo de alta hospitalar para o cuidado do idoso em domicílio, que tem como objetivo Propor um plano de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio.. Acreditamos que esta pesquisa seja importante para os pacientes idosos e profissionais da saúde que terão maior fundamentação, padronização e segurança na continuidade de cuidado ao idoso.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de leitura e compreensão do protocolo de alta hospitalar com orientações para o cuidado do idoso em domicílio e preenchimento de formulário de validação do mesmo. O tempo gasto para participação na pesquisa será em torno de 30 minutos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você pode esperar alguns benefícios, tais como: Os benefícios da pesquisa são relacionados diretamente aos pacientes idosos e profissionais da saúde que terão maior fundamentação, padronização e segurança na continuidade de cuidado ao idoso. A pesquisa pode oferecer riscos quanto à identificação do participante. Para tanto, serão adotadas medidas preventivas, como, realizar a validação em local que permita o sigilo e privacidade do participante, manter as informações coletadas sob guarda do pesquisador em computador pessoal, protegidos com senha, e com descarte das informações após cinco anos da realização da pesquisa. Não serão armazenadas informações em nuvem. Não serão utilizadas imagens e informações que possam identificar os participantes. No projeto os participantes serão codificados, se necessário, com a consoante PS para o profissional da Saúde seguida do valor numérico sequencial (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8, PS9, PS10) Podem ocorrer desconforto como: desgaste de tempo para avaliar o conteúdo. Para minimizar tal desconforto será informado ao participantes sobre a flexibilidade de horário para avaliação e entrega do instrumento de validação.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós pesquisadores garantiremos a você que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Nós pesquisadores nos responsabilizaremos pela guarda da pesquisa em arquivo digital por um período de 5 anos após o término, bem como a confidencialidade e a não exposição dos dados da pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos assistência durante toda pesquisa, bem como garantiremos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois de sua participação. Também informamos que você pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, bem como de seu acompanhante, haverá ressarcimento dos valores gastos na forma seguinte de depósito em conta bancária.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA
RUBRICA DO PESQUISADOR

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são
 Profa.Dra. Frieda Saicla Barros. Av.Sete de Setembro, 365, Rebouças e-mail:
 saicla@utfpr.edu.br, telefone: 41 3310-4661
 Mestranda Alessandra Luciana Aguilera. R.Francisca de Souza Cortes,460, de segunda a
 sexta, das 08:00 as 17:00. e-mail:alaaguilera@hotmail.com

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SEMS (CEP) pelo telefone (41) 3381-5839 entre segunda e sexta-feira das 08h00 às 17h00 ou pelo e-mail cep.sems@sjp.pr.gov.br.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada nos pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
e-mail:	

Local, ____ de ____ de ____.

 Assinatura do participante da pesquisa

 Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Anexo C– QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR PARA O IDOSO NO DOMICILIO

Assinale o grau de relevância de cada item avaliado de acordo com a seguinte pontuação:

1. Não relevante ou não representativo
2. Item necessita de grande revisão para ser representativo
3. Item necessita de pequena revisão para ser representativo
4. Item relevante ou representativo

1- Como a senhora considera a aparência do instrumento:

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Não relevante

Relevante

Sugestões: _____

2 - Como a senhora considera a linguagem/palavras utilizada no instrumento:

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Não relevante

Relevante

Sugestões: _____

3 - Como a senhora considera o conteúdo do instrumento:

1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

Não relevante

Relevante

Anexo D – ARTIGO APRESENTADO NO XXIX CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA

Orientações aos idosos sobre cuidados domiciliares durante o processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa da literatura

Alessandra Luciana Aguilera¹

¹ Federal Technological University of Paraná – UTFPR, Postgraduate Program in Biomedical Engineering, 80230-901, Curitiba, PR, Brazil.

Frieda Saicla Barros²

² Federal Technological University of Paraná – UTFPR, Postgraduate Program in Biomedical Engineering, 80230-901, Curitiba, PR, Brazil.

Resumo - objetivo: identificar processos de alta hospitalar que incluam orientações aos idosos sobre cuidados domiciliares e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro. método: revisão integrativa da literatura, realizada por meio de busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medline e Scielo. Resultados: foram selecionados 16 artigos que apresentaram 2 eixos temáticos. Eixo 1 - Cuidado Direto no processo de alta hospitalar e Eixo 2 - Gestão do Cuidado no processo de alta hospitalar. Conclusão: os estudos permitiram identificar que as orientações de cuidado ao idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar são dadas por meio de registros escritos e que o enfermeiro tem papel decisivo nesse processo.

Palavras-chave - idoso, alta hospitalar, protocolo, enfermagem

I INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade tem exigido atenção de profissionais de saúde, pesquisadores, autoridades governamentais e da comunidade em geral, pois traz grandes repercussões para a sociedade. (1) Em 2022, a população com 65 anos ou mais atingia 10,9% da população. População brasileira, com aumento de 57,4% em relação a 2010, onde esse contingente era de 7,4%. (2)

O processo de envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que provoca maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos esse fim por levar à morte. (3)

A hospitalização é considerada de alto risco para os idosos, devido às características singulares dessa faixa etária, como doenças crônicas, uso de múltiplos medicamentos e incapacidade funcional. A permanência e a frequência tendem a aumentar à medida que a idade avança. A desospitalização deve ocorrer o mais breve possível, a fim de reduzir sequelas e incapacidade funcional. A continuidade dos cuidados pós-alta reforça a segurança e a autonomia do sujeito. (4)

A fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais e a falta de complementaridade entre os níveis de atenção produzem efeitos adversos nas orientações prestadas aos idosos que buscam soluções para minimizar e/ou curar problemas de saúde. (5)

O objetivo da pesquisa é identificar processos de alta hospitalar que incluam orientações aos idosos sobre os cuidados domiciliares e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro.

II MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento.

A primeira etapa compreendeu a identificação do problema de pesquisa e a elaboração da questão norteadora: Quais as orientações para o cuidado ao idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar e quais necessidades surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro?

Na segunda etapa, foi realizado levantamento bibliográfico no período de janeiro de 2020 a março de 2024, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Virtual em Saúde (Bvs), Medline e Scielo. Os descritores, contidos na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), foram associados a operadores booleanos, resultando nas seguintes combinações: “alta hospitalar” AND “elderly” (“elderly”) AND “protocolo” (“protocolo”) AND “enfermagem” (“enfermagem”). Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol e português, foram excluídos artigos duplicados, revisões narrativas e editoriais.

Na terceira etapa, os dados foram avaliados e organizados. A organização foi realizada por meio de uma matriz síntese contendo as seguintes informações: autores, título, ano de publicação, periódico, base de dados, país, objetivos, desenho metodológico, resultados e conclusões.

Após análise dos dados, realizada na quarta etapa, foram encontrados 1.193 artigos nas bases de dados, após exclusão por duplicidade, restaram 1.075 publicações, das quais 1.034 foram retiradas após leitura dos títulos e resumos, totalizando 41 publicações lidas na íntegra, destas, 23 foram excluídas. A amostra final foi composta por 16 publicações conforme Figura 1. A análise dos dados foi realizada por meio de cálculos de frequência simples e relativa.

Nesta etapa, os dados foram interpretados, destacando aspectos semelhantes e diferentes para identificar e classificar os eixos temáticos. A análise permitiu identificar 2 eixos temáticos agrupados por: eixo 1 - orientações de cuidado ao idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar e eixo 2 - necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro e suas subdivisões em cada eixo.

As subdivisões do eixo 1 estão relacionadas ao idoso (subdivisão 1.1) e ao cuidador (subdivisão 1.2), as subdivisões do eixo 2 estão relacionadas ao gerenciamento do cuidado no processo de alta hospitalar realizado pelo enfermeiro, que são: atividades gerenciais (subdivisão 2.1) e atividades assistenciais (subdivisão 2.2).

A quinta etapa compreendeu a elaboração de um resumo das evidências disponíveis, com a produção de uma síntese dos resultados.

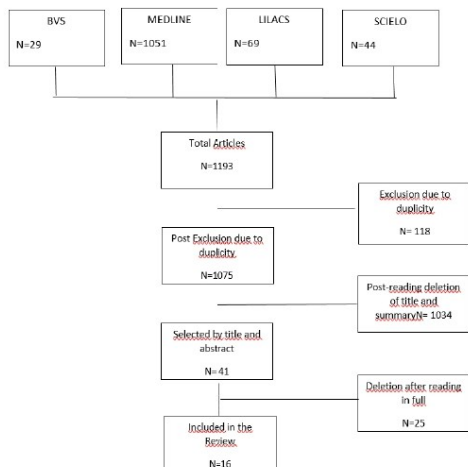


Figura 1 - Fluxograma de coleta de dados e seleção dos estudos que compõem a amostra

III RESULTADOS

A amostra desta revisão foi composta por 16 publicações que abordam orientações ao idoso durante a transição do cuidado para o domicílio com a finalidade de melhorar a qualidade de vida do idoso, evitando novas internações e necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro.

A Tabela 1 apresenta as 16 publicações segundo os autores, o ano de publicação, objetivo, orientações para o cuidado ao idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro.

Tabela 1 – Caracterização da amostra da revisão integrativa, 2024.

Authors, year of publication and type of research	Goal	Guidance during the hospital discharge process or needs that arise during the transition of care identified by the nurse
Sousa WCM, Leite RCN, Barreiros R, Montenegro CPD, et al. 2023	Search for available scientific evidence on multidisciplinary guidance offered by healthcare professionals to elderly patients diagnosed with COVID-19 after hospital discharge.	Continuity of care in primary care. Supervision of the functional recovery of the elderly.
Oliveira ES, Meneses TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. 2021	Understand how the transitional care provided by nurses to elderly people with an artificial pacemaker occurs.	Guidance on the pacemaker card and surgical wounds.
Silva RAE, Silva CN, Braga PP, Friedrichs DBC, Cavalcante JR, Castro LAR. 2020	Understand the management of home care by family caregivers of dependent elderly people after hospital discharge	Guidance for family caregivers of the elderly on physical and emotional overload.
Barbosa SM, Zacharias FCM, Spagnolato TSC, et al. 2023	Analyze the transition of care in hospital discharge planning for patients with chronic non-communicable diseases.	Protocols facilitate communication between professionals and levels of care. The nurse is the protagonist in the transition of care. Involve the family in care and plan early discharge.
Valente SH, Zacharias FC, Lajolo LA, Spagnolato TSC, et al. 2022	Understand how the transition from hospital care to nursing homes occurs in the experience of nursing technicians who work in a clinical patient unit.	Strengthen communication with the health network, facilitating the reception of the elderly. The nurse is the professional responsible for providing guidance on care.
Lopes JMA, Valente SH, Lima MA, et al. 2023	Analyze the quality of the Care Transition of elderly people discharged home from the hospital.	Improve discharge plan information, referrals and follow-ups. The nurse carries out discharge planning.
Acosta AM, Nora CRD, Cavalcante RM, Dantas GK, Cavalcante CS, Spagnolato AX. 2023	Assess the quality of care transition and compare it with clinical and nursing care after hospital discharge for COVID-19 survivors.	Guide follow-up of the home service, highlighting the date of return to the outpatient clinic.
Sousa LS, Pontes ML, Pereira RR, Lajolo MA, Nova FA, Monteiro EA. 2022.	Map evidence that discusses transitional care aimed at elderly people, from the hospital context to the home, from the perspective of the caregiver/elderly person.	Strengthen family involvement.
Martins G, Silva GDO, Alves LCS, Monteiro DQ, Cavalcante ACM. 2022	Evaluate and identify interventions that offer guidance for family caregivers of elderly people at the time of discharge and post-discharge from hospital	Educate the caregiver about the elderly person's health condition and guide strategies to support the caregiver.
Grimes ALMS, Cavalcante JVC. 2021	Identify the categories that should make up the plan for the responsible discharge of elderly patients with chronic diseases and that will serve as a guiding document for federal hospital units at Rio de Janeiro, aiming to contribute to the implementation of best practices in the processes of admission, hospitalization and transition of patients to Primary Health Care.	Invest in changing institutional culture, where care is focused on the elderly. Improve reception, entry point and hospital discharge planning.
Costa MFBNA, Oliveira LS, Santos JLG. 2020	Analyze hospital discharge planning as a continuity of care strategy for Primary Health Care.	Use discharge protocols that allow monitoring of care and advance planning of hospital discharge.
Costa MFBNA, Spagnolato K, Spagnolato MC, Spagnolato PC. 2020	Evaluate the compliance of nursing care in relation to the best evidence in the transition of care for elderly people admitted to a hospital to their home.	Conduct continuing education on transition of care.
Santos JDR, et al. 2020	Build an educational booklet for self-care guidance for elderly patients upon discharge from the medical clinic to their home	Self-care guidelines.
Cavalcante JVC, Lajolo LA, ARAÚJO KC, Weiss AH. 2023	Understand the facilities and challenges of the care transition process upon hospital discharge by professionals from a multidisciplinary team.	Improve communication gaps between professionals, elderly people and families. The nurse is involved in passing on information in the transition of care. The information contained in various documents makes it easy to forget to attend post-discharge appointments.
Oliveira MRS, Spagnolato J. 2021	Report the experience of health education carried out with family members (caregivers) and elderly people after discharge to prevent falls at home.	Prevent risk of falls, promote autonomy and independence for the elderly.
Grillo VCL, Spagnolato KSA, Santiago ML, Spagnolato C. 2021	Identify care transition strategies at hospital discharge, used by nurses to strengthen continuity of care, available in scientific literature.	Fortalecer o cuidado através da educação em saúde, reconciliação medicamentosa e telemonitoramento. Resumos de alta incompletos dificultam o encaminhamento do idoso.

Após análise dos 16 artigos, percebeu-se o predomínio de estudos realizados no Brasil (n= 11). Os anos com maior publicação foram 2023 (n=5), 2022 (n=4) e 2021 (n=4).

As orientações para cuidar do idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro, demonstradas na tabela 1, podem ser divididas em dois eixos temáticos. Eixo 1 - Cuidado Direto no processo de alta hospitalar: são os cuidados que podem ser prestados pelo idoso ou cuidador durante a transição de cuidados e no domicílio e Eixo 2 - Gestão do Cuidado no processo de alta hospitalar: Gestão do cuidado no momento da alta hospitalar é realizada por enfermeiros no

hospital e na rede básica de saúde, a fim de garantir que as informações repassadas no período de transição possam chegar satisfatoriamente aos idosos e aos cuidadores.

O primeiro eixo concentra-se nas orientações fornecidas pelo enfermeiro ao idoso ou nos cuidados que devem ser realizados ao paciente e/ou orientações ao cuidador.

Os cuidados diretos ao idoso (subdivisão 1.1) que constam nas publicações são: supervisão da recuperação funcional do idoso(6), orientações sobre cartão de marca-passo(7), orientações sobre cuidados com a ferida cirúrgica(7), orientações sobre acompanhamento do atendimento domiciliar(12) com destaque para a data de retorno do ambulatorio(12), orientações sobre autocuidado(18), prevenção do risco de queda e promoção da autonomia e independência do idoso(20). As orientações voltadas ao cuidador (subdivisão 1.12) que constam nas publicações são: orientações aos cuidadores familiares de idosos sobre sobrecarga física e emocional,(8) envolver a família no cuidado(9), orientar o acompanhamento do atendimento domiciliar(12), destacar a data de retorno do ambulatorio(12), orientar o cuidador sobre o estado de saúde do idoso(14) e orientar estratégias de apoio ao cuidador. (14)

O segundo eixo está centrado no papel do enfermeiro face às necessidades que surgem no momento da transição do

cuidado. A gestão do cuidado aparece em publicações que envolvem atividades gerenciais (subdivisão 2.1) e atividades assistenciais (subdivisão 2.2). As atividades gerenciais no processo de alta hospitalar são: continuidade do cuidado na atenção primária(6), protocolos facilitam a comunicação entre profissionais e níveis de atenção(9), o enfermeiro é protagonista na transição do cuidado(9), o enfermeiro realiza planejamento da alta(11), planejar a alta precoce(9), fortalecer a comunicação com a rede de saúde facilitando o acolhimento do idoso(10), o enfermeiro é o profissional responsável por orientar sobre o cuidado(10), investir na mudança da cultura institucional, onde o cuidado é centrado no idoso(15), utilizar protocolos de alta que permitam o monitoramento do cuidado e o planejamento da alta hospitalar(16), fortalecer o cuidado por meio da educação em saúde, conciliação medicamentosa e telemonitoramento(21). Atividades de cuidado: melhorar as informações sobre o plano de alta, encaminhamentos e acompanhamentos(11), fortalecer o envolvimento familiar(13), melhorar o acolhimento, os pontos de entrada e o planejamento da alta hospitalar(15), realizar educação continuada sobre transição de cuidados (17) , melhoram as lacunas de comunicação entre profissionais, idosos e familiares(19), o enfermeiro está envolvido no repasse de informações na transição do cuidado(19), resumos de alta incompletos dificultam a compreensão do idoso(21).

III. DISCUSSÃO

As orientações para o cuidado ao idoso no domicílio durante o processo de alta hospitalar e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro encontram-se nos 16 artigos de forma assíncrona. O cuidado direto ao idoso está presente em 25% dos artigos selecionados, por meio de orientações fornecidas em resumos de alta e/ou livrinhos de receitas que são entregues ao idoso ou familiar no momento da alta. Observa-se a clareza, o que dificulta a compreensão dos idosos para seguir as recomendações que envolvem o processo saúde-doença, bem como datas, horários e

loais para retornar caso haja alguma alteração, ou para acompanhamento.

Em 31,25% dos artigos houve preocupação com as informações a serem repassadas ao cuidador do idoso. Destaca-se o envolvimento do cuidador no conhecimento da condição clínica do idoso por facilitar a compreensão de orientações sobre cuidados domiciliares, orientações sobre a sobrecarga física e emocional envolvida no cuidado ao idoso e a existência de estratégias de apoio ao cuidador.

O gerenciamento do cuidado está presente em 68,75% dos artigos, observa-se que ocorre simultaneamente em atividades consideradas gerenciais pelos enfermeiros e em atividades consideradas assistenciais pelos enfermeiros.

Observa-se que em ambas as categorias, as orientações para o cuidado ao idoso e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado, permeiam a melhoria da comunicação entre os serviços de saúde entre si e seus pares, o planejamento precoce da alta hospitalar, o que facilita a compreensão do idoso sobre suas necessidades atuais e futuras, tendo tempo para organizar sua rotina em casa, mantendo a continuidade da atenção primária, onde o idoso identifica os equipamentos de saúde disponíveis para suas necessidades, utiliza protocolos e planos de alta hospitalar como ferramenta que pode orientar o cuidado ao idoso no lar, e as necessidades que surgem durante a transição do cuidado identificadas pelo enfermeiro.

IV. CONCLUSÕES

Os estudos inclusos nesta revisão apontam fragilidades encontradas durante o processo da alta hospitalar. Estes resultados permitiram identificar que as orientações dos cuidados do idoso em domicílio durante o processo de alta hospitalar se dão através de registros impressos como resumo de alta e ou receituário, que as informações contidas nestes registros não facilitam o entendimento do idoso no que se refere a cuidados a serem realizados, comparecimento em consultas e exames pós alta e em acompanhamentos que o idoso venha a necessitar. Com relação as necessidades apontadas por enfermeiros durante a transição do cuidado destacam-se: a realização do planejamento da alta de forma precoce, que são os enfermeiros os profissionais que realizam a abordagem do idoso ou cuidador para repassar as informações contidas nos registros de alta, a utilização de protocolos e planos de alta hospitalar para assegurar a continuidade do cuidado em domicílio.

Diante dos achados, sugere-se a construção de tecnologias leve duras, como protocolos e sumários de alta que poderão ser inseridos em prontuário eletrônico, a fim de minimizar as fragilidades encontradas, aprimorando a prática assistencial na transição do cuidado para o domicílio.

V. AGRADECIMENTO

Os autores agradecem ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Tecnológica Federal do Paraná pelo apoio nos trabalhos e divulgação científica.

VI. CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

VII. REFERÊNCIAS

1. Silva RM, Brasil CCP, Bezerra IC, Figueiredo MLF, Santos MCL, Gonçalves JL, Jardim MHAG. Challenges and possibilities for health professionals in caring for dependent elderly people. 2021;26(01):89-98. doi:10.1590 /1413-81232020261.31972020
2. BRAZILIAN INSTITUTE OF GEOGRAPHY AND STATISTICS (IBGE). Characteristics of the elderly population: Rio de Janeiro: 2024. Available at: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2020/caracteristicasdapopulacao/resultadosdouniverso.pdf>>. Accessed on 04/02/24
3. Mrejen M, Nunes L, Giacomini K. (2023) Population aging and health of the elderly: Is Brazil prepared?. Institutional Study n. 10. São Paulo: Institute of Health Policy Studies.
4. Alves ECDO, Monteiro GKNA, Oliveira LM, Brandão BMLS, Souto RG. Frailty syndrome and quality of life in hospitalized elderly people. 2023;26e230106. doi: <https://doi.org/10.1590/198122562023026.230106.pt>
5. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. The critical nodes of the work process in primary health care: an action research. *Physis* 31(01). 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
6. Sousa Wem, Leite RCN, Barreto RG, Montenegro CPD, Terras FS, Robazzi MLCC. Qualified hospital discharge and multidisciplinary guidelines for elderly patients with COVID-19: integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2022;25(4). doi: <https://doi.org/10.1590/198122562022025.230033>
7. Oliveira ES, Menezes TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;75(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>
8. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE, Carlos DM, Lacerda MPE, Valente SH, et al. Sleep quality of nurses who worked in coping with COVID-19: an integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* 2023;76(6):e20220772. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772>
9. Zanetoni TC, Cuoco DF, Perroca MG. Operationalization and time dedicated by the nurse responsible for hospital discharge. *Acta Paul. Enferm.* 2023. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO018131>
10. Valente SH, Zacharias FC, Fabriz LA, Schönholzer TE, Ferro D, Tomazela M, et al. Transition of elderly care from hospital to home: nursing experience. *Acta Paul. Enferm.* 2022;35. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02687>
11. Tomazela M, Valente SH, Lima MA, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FC, et al. Transition of care for elderly people from hospital to home. *Acta Paul. Enferm.* 2023; 36: eAPE00291. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
12. Acosta AM, Nora CRD, Fontenele RM, Aued GK, Silveira CS, Sanseverino AX. Transition and continuity of care after hospital discharge for COVID-19 survivors. *Rev. esc. enferm. USP* 57. 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0083en>
13. Sousa LS, Pontes ML, Pereira RR, Leite MA, Nova FA, Monteiro EA. Transition of the elderly from hospital to home from the perspective of the caregiver/elderly: scoping review. *Acta Paul. Enferm.* 36. 2023. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR03631>
14. Martins G, Silva GDO, Alves LCS, Monteiro DQ, Gratão ACM. Guidelines for family caregivers of elderly people after hospital discharge: systematic review. *Rev. Recien.* 2022;38. doi: 10.24276/recien.2022.12.38.107117. Available at: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/639>
15. GOMES, LM da S.; GOMES, AM da S.; PAULA, DG de.; VERNAGLIA, TVC. Construction of DesHospitaliza – Responsible discharge plan for elderly patients with chronic illnesses. *Research, Society and Development*, [S. l.] , v. 2, p. e26510212429, 2021. DOI: 10.33448/rsdv10i2.12429. Available at: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12429>
16. COSTA, MFBNA da; OLIVEIRA, LS de.; SANTOS, JLG dos; LANZONI, GM de M.; CECHINEL-PEITER, C. Hospital discharge planning as a strategy for continuity of care in primary care. *Research, Society and Development*, [S. l.] , v. 10, p. e3709108518, 2020. DOI: 10.33448/rsdv9i10.8518. Available at: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8518>. Accessed on 02/18/2021
17. Sichierik, Poveda VB, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev. Brazil. Enferm.* 2020;73(3). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
18. Santos, José & Santos, Valeria & Mendonça, Xaene & Ferreira, Ilma & Albuquerque, Jacirene & Siqueira, Bianca & Coelho, Vitória & Gonçalves, Brenda & Souza, Cristina & Trindade, Creusa. (2022). Educational technology: Guidance on self-care for elderly patients when discharged from the medical clinic to their home. *Research, Society and Development*. 11. e233111133685. 10.33448/rsdv11i11.33685.
19. Gheno J, Lombardini A A, ARAÚJO KC, Weis AH. Facilities and Challenges of the care transition process in the hospital. *Rev. Enferm. Atual.* 2023;97(1):e023011. doi: <https://doi.org/10.31011/rev-enferm-2023-v.97-n.1-art.161120>
20. Santos M, Manozzo M, Filippin, Personas mayores, deshospitalization and family: challenges for the practice of care at home. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2021;16(2):e2021v16n2a9doi:10.33517/rue2021v16n2a9. eISSN: 2301-0371
21. Santos M, Manozzo M, Filippin, Personas mayores, deshospitalization and family: challenges for the practice of care at home. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2021;16(2):e2021v16n2a9doi:10.33517/rue2021v16n2a9. eISSN: 2301-0371
21. Gallo VCL, Khalaf DK, Hammerschmidt KSA, Santiago ML, Vendruscolo C. Transition strategies for hospital discharge used by nurses: integrative review. *Rev. Enferm. UFSM*. 2021;vol.11e79:1-22. doi: DOI: <https://doi.org/10.5902/21>

Enter the information of the corresponding author:

Author: Alessandra Luciana Aguilera

Institute: Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Street: Av. Sete de Setembro, 3165

City: Curitiba

Country: Brazil

Email: alaaguilera@hotmail.com

Anexo E- CARTA DE INTERESSE HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

CARTA DE INTERESSE

O Hospital e Maternidade São José dos Pinhais – HMSJP, por mim representado, Julia Marianna Rodrigues Block manifesta interesse na implementação do protocolo intitulado Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em domicílio de autoria de Alessandra Luciana Aguilera.

São José dos Pinhais, 01 de outubro de 2025.

Julia Marianna Rodrigues Block
Diretora Geral – Hospital e Maternidade São José dos Pinhais

Anexo F – CARTA DE INTERESSE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 h AFONSO PENA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO AFONSO PENA



Carta de Interesse

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA Afonso Pena, por mim representada, Claudiana Litaver Kozan manifesta interesse na implementação do protocolo intitulado Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em domicílio de autoria de Alessandra Luciana Aguilera.

São José dos Pinhais, 01 de outubro de 2025.

Documento assinado digitalmente:
gov.br CLAUDIANA LITAVER KOZAN
Data: 21/11/2025 11:50:51 -0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Claudiana Litaver Kozan

Rua Francisca de Souza Cortes, 460 – Afonso Pena – São José dos Pinhais – PR - CEP: 83050-660
Fone: (41) 3380-0306

Anexo G – CARTA DE INTERESSE DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 h RUI BARBOSA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO RUI BARBOSA



CARTA DE INTERESSE

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA Rui Barbosa, por mim representada, Débora Cordeiro Decker manifesta interesse na implementação do protocolo intitulado Protocolo de Alta Hospitalar para o Idoso em domicílio de autoria de Alessandra Luciana Aguilera.

São José dos Pinhais, 01 de outubro de 2025.

Documento assinado digitalmente
gov.br **DEBORA CORDEIRO DECKER**
Data: 24/11/2025 15:08:52-0300
Verifique em <https://validar.jb.gov.br>

Débora Cordeiro Decker
Diretora Geral – UPA RUI BARBOSA