

Artigo original



## Processos de cuidados de transição na desospitalização de pessoas idosas: uma abordagem qualitativa

## Procesos de cuidados de transición en la deshospitalización de personas mayores: un enfoque cualitativo

## Transitional care process in the dehospitalization of elderly people: a qualitative approach

Carolina Monteiro da Silva Ferreira<sup>1</sup>

Mateus Vieira Soares<sup>2</sup>

Marcos Martins do Amaral<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Contato para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Salvador). Bahia, Brasil. carolinamonteirogt@gmail.com

<sup>2</sup>Obras Sociais Irmã Dulce (Salvador). Bahia, Brasil. soaresmateusv@gmail.com

<sup>3</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil. amaral.m.marcos@gmail.com

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** Cuidados de Transição são uma estratégia ética, econômica e centrada na integralidade da atenção à saúde, especialmente no momento de transferência entre ambientes de cuidados. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo identificar a compreensão de uma equipe multiprofissional sobre os Cuidados de Transição no processo de desospitalização de pessoas idosas em um hospital geriátrico de Salvador, Bahia. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de campo, com caráter exploratório e descritivo. Foram entrevistados 14 profissionais de saúde por meio de questionário estruturado e entrevista semiestruturada. A análise foi conduzida com base na técnica de análise de conteúdo de Bardin. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os participantes demonstraram compreensão parcial sobre os Cuidados de Transição, com destaque para a continuidade do cuidado no momento da alta hospitalar. Foram apontadas dificuldades estruturais, de comunicação e formação, além da ausência de planos de cuidado integrados. A atuação da psicologia foi destacada como elemento diferencial, especialmente na escuta qualificada, no apoio à adaptação psicossocial da pessoa idosa e na mediação com a equipe e os familiares. Identificou-se o desconhecimento da escala Care Transitions Measure como ferramenta avaliativa. A maioria dos participantes expressou interesse em receber formação sobre o tema. **CONCLUSÃO:** Há necessidade de qualificação das práticas de transição do cuidado na desospitalização de pessoas idosas, com fortalecimento da educação permanente das equipes e maior articulação com a rede de atenção à saúde. A psicologia se destaca como mediadora na construção de planos de cuidado contextualizados, contribuindo para a integralidade da atenção à pessoa idosa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado ao Idoso. Envelhecimento. Psicologia do Idoso. Gerontologia. Alta do Paciente.

**RESUMEN | INTRODUCCIÓN:** Los cuidados de transición son una estrategia ética, económica y centrada en la integralidad de la atención sanitaria, especialmente en el momento del traslado entre entornos asistenciales. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio fue identificar la comprensión de un equipo multidisciplinar sobre los cuidados de transición en el proceso de deshospitalización de personas mayores en un hospital geriátrico de Salvador, Bahia. **MÉTODO:** Se trata de una investigación cualitativa, de campo, de carácter exploratorio y descriptivo. Se entrevistó a 14 profesionales de la salud mediante un cuestionario estructurado y una entrevista semiestructurada. El análisis se llevó a cabo basándose en la técnica de análisis de contenido de Bardin. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Los participantes demostraron una comprensión parcial de los cuidados de transición, destacando la continuidad de la atención en el momento del alta hospitalaria. Se señalaron dificultades estructurales, de comunicación y de formación, además de la ausencia de planes de atención integrados. Se destacó la actuación de la psicología como elemento diferenciador, especialmente en la escucha cualificada, el apoyo a la adaptación psicossocial de las personas mayores y la mediación con el equipo y los familiares. Se identificó el desconocimiento de la escala Care Transitions Measure como herramienta de evaluación. La mayoría de los participantes expresaron su interés en recibir formación sobre el tema. **CONCLUSIÓN:** Es necesario cualificar las prácticas de transición de la atención en la deshospitalización de las personas mayores, reforzando la formación continua de los equipos y una mayor articulación con la red de atención sanitaria. La psicología destaca como mediadora en la elaboración de planes de atención contextualizados, contribuyendo a la integralidad de la atención a las personas mayores.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidado del Anciano. Envejecimiento. Psicología del Anciano. Gerontología. Alta del Paciente.



**ABSTRACT | INTRODUCTION:** Transition care is an ethical, economical strategy focused on comprehensive healthcare, especially during transfers between care settings. **OBJECTIVE:** This study aimed to identify the understanding of a multidisciplinary team regarding transition care in the process of discharging elderly patients from a geriatric hospital in Salvador, Bahia. **METHOD:** This is a qualitative, field-based, exploratory, and descriptive study. Fourteen health professionals were interviewed using a structured questionnaire and semi-structured interview. The analysis was conducted based on Bardin's content analysis technique. **RESULTS AND DISCUSSION:** Participants demonstrated partial understanding of transition care, with an emphasis on continuity of care at the time of hospital discharge. Structural, communication, and training difficulties were pointed out, in addition to the absence of integrated care plans. The role of psychology was highlighted as a differentiating factor, especially in skilled listening, supporting the psychosocial adaptation of the elderly person, and mediating with the team and family members. Lack of knowledge about the Care Transitions Measure scale as an assessment tool was identified. Most participants expressed interest in receiving training on the topic. **CONCLUSION:** There is a need to improve care transition practices in the dehospitalization of older adults, with a focus on continuing education for teams and greater coordination with the healthcare network. Psychology stands out as a mediator in the development of contextualized care plans, contributing to comprehensive care for older adults.

**KEYWORDS:** Elder Care. Aging. Aging – Psychological Aspects. Gerontology. Patient Discharge.

## Introdução

A demografia brasileira está em mudança e uma de suas expressões é o aumento populacional de pessoas idosas, com expectativa acima de 30% deste grupo etário no ano de 2050 no país (Kalache, 2023). Mesmo com a pandemia do SARS-CoV-2 que levou a um aumento considerável da mortalidade entre idosos de 60 a 79 anos, há contínuo crescimento proporcional de idosos em relação a outras faixas etárias, com estimativas entre 61% e 70% em relação a quantidade de idosos com necessidades de cuidados prolongados até o ano de 2030 (Camarano, 2023). Segundo o Censo 2022, a população com mais de 60 anos é de 15,8% da população total, com as mulheres idosas sendo a maioria (55,7%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], n.d.). Diante desse cenário, a atenção à saúde de pessoas idosas demanda estratégias que articulem cuidados domiciliares e hospitalares, prevenindo re-hospitalizações, declínio funcional, sobrecarga de cuidadores e custos excessivos.

Os Cuidados de Transição (CT) surgem como estratégia ética, econômica e centrada na integralidade da atenção à saúde, especialmente no momento de transferência entre ambientes de cuidado, como da enfermaria ao domicílio (Ferreira et al., 2022; Mota, 2021). No Sistema Único de Saúde (SUS), embora o Programa Melhor em Casa represente um avanço na atenção domiciliar (Portaria n. 1.208, 2013), sua cobertura ainda é limitada, tornando os CT uma alternativa relevante. No setor suplementar, iniciativas como o Plano de Cuidado para Idosos incentivam a adoção dos CT por meio de bonificações às instituições Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2012). No setor referido é possível verificar melhor aprofundamento na questão de cuidados de transição pela Associação Brasileira de Hospitais e Clínicas de Transição - ABRAHCT e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Como resultado dos estudos pela ANS, existe o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar, em que as instituições privadas recebem bonificações por essa transição e diminuição das re-hospitalizações, permitindo maior rotatividade nos leitos públicos (ABRAHCT, 2022; ANS, 2012).

A recente publicação da Portaria nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024 atualiza a Política Nacional de Atenção Domiciliar. Ao enfatizar a “otimização dos recursos financeiros e estruturais” da Rede de Atenção à Saúde e a “participação ativa dos profissionais envolvidos, tendo em vista a ampliação da autonomia dos usuários, da família e dos cuidadores” (Portaria nº 3.005, 2024), a norma aponta para um caminho promissor de integralidade no cuidado às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade clínica e social, fortalecendo os princípios do SUS.

Pessoas idosas podem vir a sofrer mudanças na funcionalidade com a hospitalização e são vulneráveis à síndrome pós-hospitalização, pelo estresse causado pelo confinamento no ambiente e diminuição das reservas fisiológicas e sociais (Flesch & Araujo, 2014; Mota, 2021). Os cuidados de transição precisam ser realizados com base na particularidade de cada pessoa idosa e sua mudança de autonomia e independência, levando em consideração sua família e contexto psicossocial (Menezes et al., 2019). Há redução de funções cognitivas com a internação, traduzidas em diminuições em testes cognitivos, como Mini exame do Estado Mental e Teste de Fluência Verbal Semântico, que poderão ser recuperados a partir de estímulos ambientais da habitação, realização ou auxílio em atividades e socialização com vínculos afetivos e rede de apoio (Santos et al., 2021; Silva et al., 2017).

Devido às mudanças de funcionalidade, o papel do cuidador formal e/ou informal se torna imprescindível nos cuidados a longo prazo. Contudo, estes relatam dificuldades, como falta de preparação e equipamentos de saúde externos, além de sobrecarga física, emocional e financeira. A baixa renda, por exemplo, foi relatada como um dos fatores determinantes de saúde para a fragilidade da transição de cuidado, pela quantia de fármacos a serem comprados (Gama et al., 2025). A literatura trouxe a predominância de mulheres negras como cuidadoras primárias e a diminuição dos arranjos familiares, o que leva à sobrecarga da cuidadora em cuidar do outro e de si própria, sem remuneração (Belmonte et al., 2023; Quintans & Melleiro, 2023). Uma das estratégias encontradas para uma alta qualificada pelos cuidadores foram capacitações para prestação de cuidados, o que aumenta a satisfação do próprio cuidador com sua atividade e a qualidade dos cuidados prestados (Lima et al., 2022; Ferreira et al., 2020).

A avaliação dos cuidados de transição pela percepção do paciente e/ou família ocorre por meio do Questionário Care Transitions Measure (CTM), traduzido e validado no Brasil por Acosta et al. em 2016. Com este instrumento pode haver avaliação constante e apoio para mudanças no serviço institucional e criação de políticas públicas para a assistência, especialmente para a pessoa idosa (Acosta et al., 2016).

Segundo Flesch e Araujo (2014), o profissional de psicologia no processo de transição de cuidados vem contribuir, especialmente, com a comunicação entre equipe multiprofissional, paciente e família, como um articulador desta importante triangulação para processos de cuidado junto a pessoas idosas. Em relação a equipe, pode organizar e participar das educações em saúde, em adaptação ao contexto psicossocial e estrutural da pessoa idosa e sua família. A família pode ser escutada e acolhida a fim de criar estratégias para evitar sobrecarga do cuidador. Na comunidade do paciente, pode favorecer a assistência por identificar ações que contribuam para a autonomia, independência e comportamentos de saúde da pessoa idosa, bem como minimizar as barreiras para sua funcionalidade, quando possível. A sua atuação deve ser comprometida com a heterogeneidade da

população idosa e a não reproduzir preconceitos, discriminações e violências por idade (CRP, 2021).

Este artigo sintetiza o trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, realizado em um hospital filantrópico de Salvador. A produção deste estudo se torna relevante pela insuficiência e antiguidade dos estudos na área de psicologia sobre o tema, bem como pela lógica da gerontologia e sua forma de perceber o envelhecimento e o cuidado à pessoa idosa a partir da sua funcionalidade. O estado da arte sobre o tema em psicologia no país nos últimos cinco anos tem se mostrado escasso, com necessidade de mais estudos, tendo em vista que psicólogos nem sempre estão capacitados para trabalhar com pessoas idosas e intervir assertivamente para suas reais demandas (Flesch & Araujo, 2014; Menezes et al., 2019; CRP, 2021). Pesquisas sobre Cuidados de Transição têm facilitado a criação de novas práticas e redução dos custos públicos de saúde, com melhorias na rotatividade de leitos, dado sua carência no serviço público, o que sinaliza a importância de mais estudos sobre essa nova forma de pensar a transição do cuidado a fim de criar mais condições de saúde para as pessoas idosas em transição de cuidado, sua rede de apoio e os profissionais envolvidos (Mota, 2021).

Este artigo tem o objetivo de identificar como uma equipe multiprofissional compreende os Cuidados de Transição na prática hospitalar. Os objetivos específicos foram: (a) compreender os desafios e estratégias utilizadas pelos profissionais; (b) analisar como a equipe avalia esse processo; e (c) verificar o papel da psicologia nesse contexto.

## Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva (Cordeiro et al., 2023; Minayo, 2011), realizada em campo. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, aplicadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 74694923.6.0000.0047.

A entrevista foi realizada no hospital, em dezembro de 2023, e posterior aplicação do questionário semiestruturado, com as seguintes perguntas: “qual sua compreensão sobre os cuidados de transição?”, “qual é o momento ideal para iniciar o processo de transição?”, “quais as estratégias para realizar essa transição de cuidados?”, “quais as limitações para ofertar esse cuidado?”, “quem você acha que deve estar envolvido nesse cuidado?”, “de que forma você considera que essas informações devem ser passadas?”, “teria interesse em participar em treinamentos sobre cuidados de transição?” e “o que você considera indispensável para o cuidado de transição a partir da sua formação profissional?”. Na entrevista estruturada, os participantes também foram questionados quanto ao conhecimento prévio sobre os Cuidados de Transição e sobre o uso da escala Care Transitions Measure.

### Critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi intencional, por conveniência, composta por profissionais da equipe multiprofissional atuantes em uma enfermaria de um hospital geriátrico filantrópico conveniado ao SUS em Salvador. Foram incluídos profissionais que participaram das reuniões multiprofissionais na primeira semana de dezembro de 2023. Foram excluídos aqueles que não estavam em atividade assistencial no período da coleta.

### Participantes

Foram entrevistados catorze profissionais, dentre estes, oito se identificam como mulheres e seis como homens, de 29 a 39 anos de idade (34 anos de idade em média). O tempo de formação profissional variou entre 4 e 27 anos, com média de aproximadamente nove anos.

Os participantes foram identificados pela letra P e um número, resguardando o anonimato na participação do estudo, detalhados na tabela abaixo.

**Tabela 1.** Informações dos participantes do estudo

Participante	Gênero	Profissão	Idade em anos	Anos de formação
P1	Homem	Psicólogo	36	12
P2	Mulher	Nutricionista	-	27
P3	Mulher	Nutricionista	35	10
P4	Homem	Médico residente	39	5
P5	Homem	Médico residente	30	7
P6	Homem	Médico residente	33	6
P7	Mulher	Médica residente	32	5
P8	Mulher	Fonoaudióloga	34	12
P9	Mulher	Fisioterapeuta	33	12
P10	Mulher	Fisioterapeuta	38	-
P11	Mulher	Fisioterapeuta	33	9
P12	Homem	Fisioterapeuta	38	7
P13	Mulher	Fisioterapeuta	39	12
P14	Homem	Enfermeiro residente	29	4

Fonte: os autores (2023).

## Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital geriátrico filantrópico de Salvador, integrante de um Centro Geriátrico com ambulatório e Instituição de Longa Permanência. O hospital possui enfermarias para pacientes em condições de saúde agudas, crônicas e em cuidados paliativos, com equipes multiprofissionais atuando em cada uma delas. Atende predominantemente pessoas idosas com incontinência urinária, instabilidade postural, comprometimento cognitivo, ausência de suporte familiar ou vítimas de iatrogenias, configurando-se como ponto estratégico na rede de atenção para recuperação funcional e suporte psicossocial.

## Análise de dados

A análise de conteúdo de [Bardin](#) (2016) foi utilizada como recurso metodológico de análise. Esta é compreendida pelas etapas de pré-análise; exploração do material, categorização ou codificação e tratamento dos resultados, inferências e interpretação, baseado na literatura sobre o tema e os objetivos desta produção.

A partir das etapas propostas por [Bardin](#) (2016), as categorias emergiram de forma não apriorística, com base nas falas dos participantes e na literatura de referência, considerando frequência e relevância implícita. A análise foi orientada pela atuação da psicologia na equipe, em diálogo com o trabalho multiprofissional. Foram identificadas sete categorias temáticas: a) Cuidados para alta/desospitalização e reabilitação/adaptação funcional; b) Equipe multiprofissional, Cuidadores formais/informais, e a Saúde Pública; c) Admissão, estabilização e sem precisão; d) Saúde pública, a equipe multiprofissional e o paciente/Família; e) Orientações para família e equipe multiprofissional coesa; f) Linguagem acessível, comunicação verbal e escrita e g) Escuta, orientações preventivas e de manejo, aproximação de cuidadores informais, características da equipe multiprofissional e avaliação gerontológica ampla. Estas categorias se alinham às respostas dos participantes, a literatura do tema e processo da continuidade do cuidado.

## Resultados e discussão

A maioria dos participantes (78,6%) relatou já ter ouvido falar sobre os cuidados de transição, embora apenas três não demonstrassem familiaridade com o tema. No entanto, a escala Care Transitions Measure, validada no Brasil por [Acosta](#) et al. (2016) e que os seus itens podem servir qualitativamente como objetivos para a transição de cuidados para os profissionais, era desconhecida por praticamente toda a equipe, incluindo o psicólogo. Esse dado indica um conhecimento parcial e aponta a necessidade de aprofundamento técnico para qualificar as práticas de desospitalização no serviço.

A primeira categoria temática se refere a compreensão dos profissionais sobre os cuidados de transição, “Cuidados para alta/desospitalização e reabilitação/adaptação funcional”. O psicólogo da equipe trouxe à tona os processos de cuidados e orientações para o paciente em alta hospitalar, quando diz: “Práticas de cuidados que são prestados ao paciente de alta hospitalar; orientações necessárias para o cuidado pós alta hospitalar” (P1).

Tal declaração também foi encontrada em outros profissionais da equipe, como nutricionista (P2, P3), fisioterapeutas (P12, 13), fonoaudióloga (P8) e enfermeiro (P14): “Imagino que seja o tempo intermediário entre fases do internamento” (P2); “Cuidados essenciais p/ manutenção dos cuidados pós hospitalização” (P3); “É a preparação, ou melhor, atenção que é dado ao paciente próximo de receber alta, onde houve a melhora da patologia, causa que houve a hospitalização” (P12); “Trata-se de medidas multiprofissionais com foco na continuidade do cuidado dentre e fora do ambiente hospitalar” (P13); “Preparo da família para o processo de desospitalização” (P8); “Cuidados de transição trata-se de uma série de cuidados da equipe multidisciplinar desde o momento que o paciente é admitido na instituição até a alta hospitalar para o domicílio” (P14).

Um profissional médico da equipe (P6) ainda apontou a possibilidade de reabilitação:

*Cuidados que facilitam o retorno para o domicílio visando a reabilitação para a funcionalidade prévia ou adaptação para a nova funcionalidade, o que convoca a importância da equipe multiprofissional a estar presente na internação para trazer maior qualidade de vida ao paciente e família com mudanças da autonomia e independência.*

Uma fisioterapeuta (P9) sensível a mudanças demográficas e de institucionalização de pessoas idosas, trouxe ainda a possibilidade de alta para asilo, ou instituição de longa permanência para idosos (ILPI):

*A minha compreensão sobre os cuidados estão [sic] voltados sobre a assistência gerada para os profissionais e familiares para os cuidados dos pacientes, referente a alta que pode ser domiciliar ou asilar, com intuito gerar menor custo e melhor qualidade de vida.*

Embora os profissionais demonstrem compreender os cuidados de transição como processos de continuidade e desospitalização, os dados indicam uma concepção ainda restrita ao ambiente hospitalar. Conforme observado por [Ghenó](#) et al. (2023), ampliar essa visão exige intervenções na equipe, reorganização institucional e articulação efetiva com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). [Uchimura](#) et al. (2023) reforçam essa perspectiva ao destacarem que, na prática, as residências familiares seguem sendo o principal destino pós-alta, oferecendo vínculos afetivos e maior flexibilidade em comparação às ILPIs. Para os profissionais entrevistados, a “Equipe multiprofissional, cuidadores formais/informais, e a saúde pública” devem ser os protagonistas dessa transição de cuidados. O psicólogo nos indica como relevante para as práticas de cuidado da pessoa idosa a: “Equipe multiprofissional” (P1).

Há maior congruência nas respostas, entre equipe multiprofissional e cuidadores, que podem ser informais, como a família, ou formais, com remuneração e formados no cuidado à pessoa idosa. A nutricionista (P3), médico (P4), fonoaudióloga (P8), fisioterapeuta (P11, P12, P13), enfermeiro (P14) robustecem as respostas ao informarem: “Familiares e cuidadores” (P3); “Família, paciente e equipe multidisciplinar” (P4);

“Equipe multidisciplinar e toda a família que está envolvida no cuidado domiciliar” (P8); “Toda a equipe multiprofissional, familiares/cuidadores/pacientes” (P11); “Toda a equipe assistencial, familiar e cuidadores” (P12); “Equipe multiprofissional, paciente, familiar” (P13); “Todos os profissionais que prestam assistência para o cliente e familiares” (P14).

A participante P9 amplia o grupo de envolvidos no cuidado de transição ao trazer: “Todos os profissionais envolvidos na atenção do cuidado ao paciente; familiares/ responsáveis referente à Saúde Pública”.

A ampliação da responsabilidade para além da enfermagem indica uma concepção mais abrangente dos cuidados de transição, que abarca todo o percurso da pessoa idosa na rede de saúde, da prevenção à reabilitação. [Uchimura](#) et al. (2023) reforçam essa perspectiva ao apontarem que, embora existam políticas públicas voltadas à transição do cuidado, muitas delas desconsideram as desigualdades socioeconômicas e a diversidade de recursos disponíveis nos diferentes pontos da RAS. A terceira categoria diz respeito ao momento considerado ideal para iniciar os cuidados de transição, “Admissão, Estabilização e Sem precisão”. O psicólogo compreende que: “Diante das particularidades do SUS, torna-se necessário iniciar no momento da internação, onde os familiares e pacientes são acolhidos em sua demanda” (P1).

Algo a ser pensado na elaboração dessa resposta é a colocação sobre as particularidades do SUS, o que pode se referir ao fato da estrutura do local de trabalho e demandas do serviço, público de acesso ou mesmo a rede encontrada fora da estrutura hospitalar. O enfermeiro (P14) concorda em ser no momento da admissão, levando em conta as diversas capacitações e mudanças clínicas do paciente pessoa idosa (como sondas, curativos) e a atuação particular da enfermagem nesse processo, assim como o médico e médica (P6, P7), fonoaudióloga (P8) e fisioterapeuta (P11) ao reafirmarem: “A partir do momento que o paciente adentra ao serviço de saúde, todos os profissionais devem ser envolvidos (sic) no cuidado, principalmente no tange

a capacitação da família para prestar cuidados em domicílio” (P14); “No momento da admissão” (P6); “O processo de transição pode ser iniciado desde a chegada do paciente, visando uma melhor organização e sistematização do internamento” (P7); “Desde o momento da admissão do paciente na unidade” (P8); “No momento da admissão do paciente” (P11).

Outros profissionais (uma nutricionista, dois médicos, dois fisioterapeutas) se dividem entre o momento de estabilização ou não precisão do momento, com uma resposta indicando o próprio local da hospitalização: “Acredito que seja quando paciente estabiliza” (P2); “Durante o internamento” (P4); “Após resolução do quadro agudo que motivou adm [admissão] hospitalar, mas que o paciente ainda necessite de reabilitação” (P5); “No hospital” (P10); “Quando existir a melhora do quadro que levou o indivíduo a ser hospitalizado, mas o pensar deste processo inicia desde a admissão” (P12).

O início dos cuidados de transição foi pontuado em uma revisão sistemática sobre o tema (Lima et al., 2018) e demonstrado que, comparativamente a outros países e modelos de recomendações, os cuidados de transição têm sido iniciados tardiamente na América Latina, próximo a alta do paciente, ao invés do momento da admissão. Nisso, os serviços precisam ainda de treinamentos para serem realizados a continuidade dos cuidados tão logo quando chegam nas admissões, para planos de trabalho coesos e contextuais. Para um processo coeso e organizado entre a equipe multiprofissional e paciente/cuidadores, se torna importante a definição de momentos e objetivos comuns na equipe, o que nos leva a pensar em entraves que podem ocorrer nos cuidados de transição.

A continuidade do cuidado encontra barreiras estruturais, institucionais e relacionais. Os participantes indicam a “Saúde pública, a equipe multiprofissional e o paciente/Família”, como questões desafiadoras. O psicólogo trouxe o: “Número alto de internações que dificultam no atendimento individualizado com mais qualidade” (P1).

As participantes P2, P8, P9, P11, P13 e os participantes P12 e P14 (uma nutricionista, a fonoaudióloga, quatro fisioterapeutas e um enfermeiro), profissionais que estão na enfermaria em plantões de 12h e acompanham o dia do paciente, são congruentes ao psicólogo e ampliam os limitadores percebidos: “A gravidade de cada caso ou agudização” (P2); “Nível de escolaridade dos familiares, nível de compreensão dos familiares e/ou cuidadores, tempo escasso dos profissionais da assistência, presença dos familiares e cuidados no internamento” (P8); “Despreparo dos órgãos públicos, como também dos representantes das instituições hospitalares; financeiro; falta de conhecimento de alguns profissionais e interesse dos órgãos responsáveis” (P9); “Ausência de familiar/cuidador; rotina corriqueira da equipe; quadro funcionários reduzido [sic]” (P11); “Estrutural, financeiro; [?] familiar com a informação, carência de suporte” (P12); “Questões econômicas, questões cognitivas, falta de diálogo entre equipe multiprofissional, falta de adesão terapêutica” (P13); “Sobrecarga de trabalho dos profissionais; falta de comunicação entre profissionais e família; tomada de decisões focadas apenas no profissional médico; falta de envolvimento dos familiares” (P14).

Um médico e uma médica residentes (P6 e P7) são congruentes em relação a equipe ao trazerem: “Treinamento e capacitação da equipe; maior integração entre as informações da equipe” (P6). O outro participante expôs:

*Entendo como limitação parcial para esses cuidados os pacientes que evoluem de maneira diferente do esperado, necessitando de frequentes ajustes na organização dos cuidados de transição; necessidade de uma equipe multidisciplinar em harmonia com as condutas relacionadas aos cuidados de cada paciente. (P7)*

O paciente e família aparecem como desafios pela “Gravidade de cada caso ou agudização” (P2); “Questões cognitivas” (P13), do paciente/família, assim como o P8: “Nível de escolaridade dos familiares, nível de compreensão dos familiares e/ou cuidadores”; como na pesquisa de Lima et al. (2022) em que a falta de preparação, dificuldades cognitivas, emocionais,

sociais, físicas e financeiras pela rede de apoio surgiram como limitadores de cuidado. O rastreamento cognitivo do paciente pela equipe multiprofissional se torna congruente a esses desafios, de forma a intervir sobre estes e posterior funcionalidade da pessoa idosa (Santos et al., 2021; Silva et al., 2017), o que pode colocar a psicologia em evidência ao orientar estímulos cognitivos e sociais no retorno ao domicílio.

Dois profissionais médicos residentes não perceberam limitações na oferta de cuidados de transição: “Não vejo limitações para implementação de plano de cuidados de transição” (P4); “Não conheço” (P5).

Estas falas podem aparecer pelo menor tempo de formação profissional que os demais (cinco e sete anos) ou uma resposta teórica, sem refletir nos desafios práticos da rotina hospitalar, pelo menor tempo no dia com paciente e familiares em relação a outros trabalhadores da enfermagem. Como profissionais importantes para a definição de alta, essa divergência pode fragilizar a coesão da equipe nos cuidados, como revelados pelo P14, que indica como um limitador: “Tomada de decisões focadas apenas no profissional médico”.

Uchimura et al. (2023), como já dito, pontua a falta de estratégias públicas específicas para a continuidade de cuidados das pessoas idosas. O não alinhamento da equipe em si e o desconhecimento dos equipamentos públicos da rede para acompanhamento do paciente podem ser limitadores para o cuidado, tal qual percebidos por Gallo et al. (2022). Nesse caso, o Serviço Social ou a figura da enfermeira de ligação são cruciais para melhor entendimento da rede de saúde pela equipe (Bernardino et al., 2022).

Em relação às estratégias que os profissionais entrevistados percebem, podemos categorizar em duas principais, as “Orientações para família e Equipe multiprofissional coesa”. O profissional psicólogo da equipe trouxe diversos pontos elucidativos:

*Rastrear as demandas do paciente/familiar; discutir com a equipe multi sobre a visão de cada profissional; criar um plano terapêutico, incluindo intervenções psicoeducativas e práticas de cuidado; investigar junto aos familiares/paciente as intervenções possíveis de serem aplicadas, segundo a realidade deles. (P1)*

É papel do psicólogo escutar e mediar a comunicação entre a tríade paciente – família – equipe através da discussão com a equipe e intervenções psicoeducativas, corroborando com Flesch e Araujo (2014). De forma geral, tanto fisioterapeutas, enfermeiros e médicos residentes focam nas intervenções no final do processo, ao encontrarem como estratégia as orientações à família, seja em visitas ou reuniões, o que pode ser com a presença da psicologia, como encontrado nessas respostas de uma nutricionista, médico residente e fisioterapeuta: “Orientações de acordo quadro e provável alta, condutas” (P2); “Envolvimento com a equipe multidisciplinar, envolvimento da família, educação em saúde e envolvimento psicologia + serviço social [sic]” (P4); “Durante cuidados diários como banho, curativos, administração de dieta, transferências e posicionamento ao leito, trazer o familiar/acompanhante para participar, tornando a prática comum para o momento da alta” (P11).

Construção de programas educativos para apoiar os cuidadores formais ou informais ampliam as estratégias criadas, a exemplo do estudo português de Lima et al. (2022). Por aumentar o nível de informação e capacitação dos cuidadores junto às equipes de saúde, estes poderão ter meios precoces de intervenção e segurança no manejo dos pacientes, além do acolhimento destes cuidadores pela equipe. A importância da participação do paciente e da família foi, convergentemente, discutida por Ferreira et al. (2022), sobre compreender o que eles sabem sobre os cuidados, suas limitações e a organização familiar, pontos a serem discutidos inclusive para os programas domiciliares que estarão na frente do cuidado em casa.

A participante fisioterapeuta (P9) amplia a estratégia para a Atenção Básica como forma de assistência à família, sendo a única participante a sinalizá-la, ao trazer: “Conhecimento da patologia; preparo dos familiares e cuidadores para os cuidados e prognóstico clínico e funcional do paciente; preparo da equipe multiprofissional; assistência dos familiares durante à atenção primária”.

A organização dos objetivos, organização institucional e boa comunicação da equipe são pontos que aparecem seguindo esse raciocínio nas respostas



dos participantes médico (P5), a fisioterapeuta (P13) e enfermeiro (P14) ao trazerem: *“Uma boa comunicação entre as equipes assistenciais”* (P5); *“Dialogar com equipe, familiar e paciente, conhecer as necessidades e expectativas do paciente; avaliar diariamente os avanços, as limitações e a compreensão dos envolvidos. Evitar erros na comunicação”* (P13); *“Organização e alinhamento dos objetivos para um melhor plano de cuidado”* (P14).

O interesse pela educação permanente encontrado nas respostas de duas profissionais, com doze anos de formação, pode demonstrar que a equipe percebe os treinamentos como importantes não somente para os pacientes/familiares, mas para a atualização da equipe em reflexões e práticas assistenciais. As conclusões de [Menezes et al. \(2019\)](#) convergem a fala desses profissionais ao responderem: *“Educação continuada, treinamento de familiares com equipe multi”* (P8); *“Preparo da equipe multiprofissional”* (P9); *“Uma organização institucional prévia com passos estruturados além de abordagem multidisciplinar nesses cuidados de transição, com a equipe como um todo organizado para otimizar/preparar o paciente para os passos seguintes do internamento”* (P7).

[Ghenó et al. \(2023\)](#) identificaram a potencialidade da equipe, com estratégia de discussões dos profissionais para apropriação de atividades de cada formação e atividades de educação em saúde e promoção da autonomia. As autoras ainda escrevem sobre um escritório de gestão de altas, de forma a organizar esse processo e implementar discussões. As dimensões relacionais e informacionais na equipe são resgatadas por [Gallo et al. \(2022\)](#) em seu artigo, contribuindo para reafirmar a importância de características da equipe. Algo que auxiliaria ainda a rotatividade dos leitos é a criação de ala para pacientes e cuidadores em cuidados de transição, conforme [Mota \(2021\)](#).

Diante das estratégias utilizadas pelos profissionais entrevistados, a forma de transmissão dos cuidados deve ser por *“Linguagem acessível, Comunicação verbal e escrita”*. O psicólogo da equipe registra a forma da transmissão dessa forma: *“Buscando linguagem clara e acessível; sempre favorecendo um espaço para solidificar o que foi transmitido”* (P1).

A escuta se torna fundamental para identificar pontos a serem reafirmados. O participante P12 se alinha ao declarar: *“A mais clara possível, esclarecendo e tirando dúvidas”*; e as fisioterapeutas P11, P13 e enfermeiro P14 ampliam, por declarar: *“De forma objetiva em que o familiar/paciente entenda o que está sendo dito pelo profissional e consiga colocar em prática, participando no cuidado desde a admissão”* (P11); *“Devem ser passadas de forma clara, objetiva, lúdica levando em consideração as limitações de interpretação de cada indivíduo. Não tem uma receita de bolo”* (P13); *“As informações devem ser passadas o mais breve possível, de forma gradativa e contínua”* (P14).

Estas informações podem ser passadas de forma escrita ou verbal, por reuniões e treinamentos ao longo do internamento, como encontrado nessas respostas de um médico e uma médica residente e duas fisioterapeutas: *“As orientações acerca dos cuidados do paciente devem ser realizadas ao longo do internamento. Os familiares cuidadores devem ser estimulados a participarem da assistência dos enfermos (banho, mudança de decúbito, cuidados com GTT, cuidados com manejo SNE etc.)”* (P4); *“A partir de reuniões, treinamentos e discussão multidisciplinar sobre o tema, ajustando para realidade de cada instituição”* (P7); *“Através de reuniões e treinamentos com a equipe multiprofissionais, de forma clara e objetiva”* (P9); *“Através de orientações verbais e escrita p/ os familiares terem orientação”* (P10).

[Ferreira et al. \(2022\)](#) em uma revisão integrativa amplia a visão ao trazer benefícios quando a alta envolve diversas formas de comunicação (como materiais explicativos impressos, folhetos), além da padronização e planejamento das informações pela equipe. Ainda, a avaliação sobre o trabalho pelos pacientes pode ser realizada pelo questionário Care Transitions Measure validado para o Brasil por [Acosta et al. \(2016\)](#), e seus itens podem ser a forma de feedback sobre orientações, reconciliações medicamentosas e outras atividades no processo de desospitalização. Nesta pesquisa, os participantes não conheciam a escala de avaliação e não trouxeram outras formas de avaliar como estratégia a ser realizada pela equipe.

Cada profissional teve a oportunidade de responder o que era indispensável a partir de sua formação, que resultaram nas categorias temáticas “Escuta, Orientações preventivas e de manejo, Aproximação de cuidadores informais, Características da equipe multiprofissional e Avaliação Gerontológica Ampla”. O psicólogo (P1) da equipe trouxe: “Escutar as potências e limites do familiar e paciente”.

A escuta é o início de qualquer intervenção, de vinculação com o paciente, planejamento de um plano terapêutico. A importância da escuta, embora fundamental, foi respondida apenas por este profissional, o que não significa não ser realizado pelos outros profissionais, mas que se posiciona como fator essencial, de diferenciação e de importância para o psicólogo desta equipe multiprofissional. Verificamos a escuta como produtora de saúde, por iniciar a discussão com equipe, reforçar a autonomia do paciente pessoa idosa e psicoeducar de forma individualizada e contextual a esta e sua família/cuidadores, como [Flesch](#) e Araujo (2014) e [Uchimura et al. \(2023\)](#), haviam discutido em pesquisa anterior.

Outros participantes parecem confirmar, ao trazer comunicação como fundamental nesse processo de transição de cuidados (P5, médico; P12, fisioterapeuta; P14, enfermeiro): “Uma boa comunicação” (P5); “A comunicação, o entendimento de toda equipe assistencial para que a realização seja feita de uma maneira mais assertiva” (P12); “A comunicação entre todos os envolvidos no cuidado é de suma importância para que os cuidados de transição sejam executados de forma satisfatória” (P14).

A necessidade de individualizar a escuta se faz presente na pesquisa de [Bernardino et al. \(2022, p. 6\)](#), em que se vê a necessidade de avaliar o domicílio e reforça a importância da “formulação de um plano de atendimento individualizado, otimizando os cuidados pós-alta em situações complexas”. A verbalização de tapetes, ventilação, degraus dentro e fora de casa, animais domésticos e cuidados com outras pessoas na casa podem impactar, de forma funcional ou não, o cuidado da pessoa idosa em seu retorno à residência. [Ferreira et al. \(2022\)](#) se mobilizaram na atenção aos cuidados ofertados a familiares, que estão

diariamente com a pessoa idosa e precisam da atenção para a transição de funcionalidade e ambiente de cuidados. Medidas para isso devem ser tomadas e avaliadas entre toda equipe no hospital, como dar conhecimento sobre “dispositivos intra e extra-hospitalares” ([Costa et al., 2019](#)).

Na realidade do hospital desta pesquisa, o espaço do ambulatório de geriatria e gerontologia se torna um relevante equipamento em potencial para participar da continuidade de saúde, de forma presencial ou remota, a exemplo de como este e outros serviram funcionaram na pandemia e das recomendações da literatura ([Lima et al., 2018](#); [Nascimento & Mota, 2022](#)).

Os participantes trouxeram, a seguir, orientações segundo sua formação, relacionando a orientações e aproximação com familiares. A nutricionista (P2), médica (P7), fonoaudióloga (P8) e fisioterapeutas (P11, P13) destacaram: “Que o familiar se aproxime da vivência hospitalar nos casos de sondas enterais e GTT, cuidados, etapas da produção e como produzir e ofertar este [?], bem como nos casos das disfagias” (P2); “Planejamento e visualização de cenário conforme resposta esperada aos cuidados oferecidos” (P7); “Orientação sobre o manejo adequado da disfagia e das secreções orais” (P8); “Orientações sobre posicionamento, conduta básica que previne lesões por pressão, reduz risco de broncoaspiração e edemas em membros; orientação sobre transferências reduzindo risco de quedas” (P11); “Uma avaliação ampla baseada na vulnerabilidade clínico-funcional” (P13).

Outras características dos profissionais e da equipe multiprofissional, como anteriormente pesquisados por [Gallo et al. \(2022\)](#) ao contribuir com a dimensão relacional e atitudinal da equipe multiprofissional, foram trazidas por médicos residentes (P4, P6) e fisioterapeuta (P9) como nas respostas a seguir: “O envolvimento da equipe multidisciplinar é fundamental para garantia da assistência e não fragmentação do cuidado” (P4); “Trabalho em equipe multidisciplinar” (P6); “Humanização, Qualificação dos profissionais; profissionalismo, Amor e Dedicção” (P9).

Esses exemplos demonstram como a agregação de visões e práticas se formam em cuidado gerontológico para uma desospitalização e continuidade de cuidados. Como estímulo para novas pesquisas sobre o tema na enfermaria, fica registrado o interesse pela maioria dos participantes (ou 92.86%) na participação em treinamentos sobre cuidados de transição pelos profissionais da equipe multiprofissional entrevistados, com exceção de um profissional residente médico: “no momento não” (P5). Como pontuado por profissionais em questão anterior (P8 e P9), a educação permanente é uma estratégia para melhoria das práticas de cuidado ao paciente. Na pesquisa com profissionais na Atenção Básica realizada por Gallo et al. (2022) também foi manifestado o desejo de mais treinamento sobre o tema pela equipe multiprofissional.

O estudo, embora com a limitação de número de participantes na amostra por conveniência, pode demonstrar o interesse dos profissionais no tema. As estratégias apontadas foram similares a outros países e se basearam em pontos que podem ser adaptados a outros contextos socioeconômicos, como trabalhar a forma de comunicação e realizar oficinas com os familiares na própria enfermaria. A psicologia se torna importante nesse cenário ao ouvir, acolher e mediar preocupações entre os pacientes idosos, seus cuidadores e outros profissionais de saúde, bem como desenvolver estratégias psicoeducacionais que se alinhem às demandas da pessoa idosa em transição de cuidados.

### Considerações finais

Os cuidados de transição foram parcialmente compreensíveis entre os participantes pesquisados, similar ao encontrado na literatura nacional. O tempo de formação e atuação profissional relacionou-se com a forma de reflexões e no cuidado prático da pessoa idosa e sua família/cuidador pelo tempo de

acompanhamento destes na enfermaria e início dos cuidados de transição. De forma geral, há limitações de formação, estrutura e mesmo da falta de planejamento diante o envelhecimento demográfico que ocorre no Brasil e América Latina. Como estratégias, podem ser vistos e/ou incentivados o diálogo entre paciente, cuidadores formais/informais e equipe multiprofissional e reuniões entre estes. As orientações podem vir de forma verbal, no contato em visitas pelas enfermarias, quanto por escrito, de forma a salientar e memorizar os aprendizados na residência ou ILPI. A maioria dos participantes gostaria de receber treinamentos sobre o tema, o que pode sinalizar a preocupação com melhoria dos cuidados. Não houve conhecimento do questionário Care Transitions Measure ou outra forma de avaliação como estratégia para qualificação da desospitalização, a partir de metas objetivas para a transição de cuidados.

A Psicologia, reconhecida pela equipe e com presença significativa nesta pesquisa, apresenta contribuições fundamentais nesse processo. A individualização de cada paciente pela escuta ativa, acolhimento de sua subjetividade e apoio a autonomia, perceber as realidades cognitivas e sociais, bem como as potencialidades de cada pessoa idosa e seus familiares (ou sua falta) para serem discutidos em equipe multiprofissional e, depois, psicoeducar a fim de reforçar as orientações e fazê-las ajustáveis a seu contexto se tornam papéis importantes do profissional de psicologia na equipe.

Entre os desafios e limitações enfrentados na realização desta pesquisa, destaca-se a dificuldade de participação de alguns profissionais, como residentes médicos e assistente social, devido à dinâmica própria do serviço hospitalar, o que reduziu o número de respondentes para a amostra do estudo e sua generalização. Sugere-se a participação de outros arranjos profissionais ou maior quantitativo em outras pesquisas futuras, bem como a investigação da percepção dos familiares.

Como ressalva, é importante mencionar que a equipe da enfermagem havia participado de encontros anteriores sobre cuidados de transição, o que pode ter influenciado as percepções apresentadas. Ainda assim, o presente estudo, de caráter exploratório e com amostra reduzida, contribui para o avanço do debate sobre a gerontologia no âmbito do SUS e para a proposição de práticas mais integradas e potentes de cuidado. Por fim, destaca-se que a atualização da Política Nacional de Atenção Domiciliar, mostrou-se um importante meio para o fortalecimento das políticas de saúde das pessoas idosas em domicílio e no SUS.

### Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



## Referências

- Acosta, A. M., Lima, M. A. D. S., Marques, G. Q., Levandovski, P. F., & Weber, L. A. F. (2016). Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation [Versão brasileira da Care Transitions Measure: tradução e validação]. *International Nursing Review*, 64(3), 379–387. <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2012). *Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/plano\\_cuidado\\_idosos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf)
- Associação Brasileira de Hospitais e Clínicas de Transição. *Diagnóstico do Setor de Transição de Cuidados no Brasil*. (2022). <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/855cfb56-06cd-4072-9d0d-73e34356ff53/page/KUauE>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Belmonte, M. S., Pedreira, L. C., Gomes, N. P., Oliveira, D. V., Souza, A. C. F. S., & Pinto, I. S. (2024). Estratégias de cuidadores domiciliares para alimentação de pessoas idosas com disfagia após desospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20230318. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0318en>
- Bernardino, E., Sousa, S. M., Nascimento, J. D., Lacerda, M. R., Torres, D. G., & Gonçalves, L. S. (2022). Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 26, e20200435. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
- Camarano, A. A. (2023). Os idosos brasileiros: muito além dos 60? In J. C. Noronha, L. Castro, & P. Gadelha (Eds.), *Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro*. Fiocruz.
- Cordeiro, F. N. C. S., Cordeiro, H. P., Pinto, L. O. A. D., Sefer, C. C. I., Santos-Lobato, E. V., Mendonça, L. T., & Sá, A. M. M. (2023). Estudos descritivos exploratórios qualitativos: um estudo bibliométrico. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11670–11681. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-259>
- Costa, M. F. B. N. A., Andrade Costa, S. R., Soares, C. F., Pérez, E. I. B., Tomás, S. C., & Bernardino, E. (2019). A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03477. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>

- Conselho Regional de Psicologia. (2021). *Ageísmo e a prática profissional da/o psicóloga/o*. <https://www.crp03.org.br/wp-content/uploads/2021/12/ageismo-ed.7-1.pdf>
- Ferreira, B. A. S., Gomes, T. J. B., Baixinho, C. R. S. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2020). Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20200394. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
- Ferreira, V. F., Martins, W., & Andrade, J. (2022). Comunicação e orientação na transição do cuidado domiciliar em pacientes pós-alta. *Research, Society and Development*, 11(8), e55611831341. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31341>
- Flesch, L. D., & Araujo, T. C. C. F. (2014). Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>
- Gallo, V. C. L., Hammerschmidt, K. S. A., Khalaf, D. K., Lourenço, R. G., & Bernardino, E. (2022). Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(38), 173–182. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.173-182>
- Gama, L. M. P., Ribeiro, K. R. C., Oliveira, J. L. C., Costa, M. A. R., Acosta, A. M., & Souza, V. S. (2025). Transição de cuidados hospital-domicílio: estudo de métodos mistos à luz da Teoria de Meleis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(1), e20230357. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357>
- Gheno, J., Aires Lombardini, A., Araujo, K. C., & Weis, A. H. (2023). Facilidades e desafios do processo de transição do cuidado na alta hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(1), e023011. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1611>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (n.d.). *Nota complementar - Pessoas Idosas com 60 anos ou mais de idade - Censo 2022*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detelhe-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2101&id=6744>
- Kalache, A. (2023). Prefácio. In J. C. de Noronha, L. Castro, & P. Gadelha (Eds.), *Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro*. Fiocruz.
- Lima, M. A. D. S., Magalhães, A. M. M., Oelke, N. D., Marques, G. Q., Lorenzini, E., Weber, L. A. F., & Fan, I. (2018). Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
- Lima, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A. R., & Coimbra, T. (2022). Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 47–58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.191>
- Menezes, T. M. O., Oliveira, A. L. B., Santos, L. B., Freitas, R. A., Pedreira, L. C., & Veras, S. M. C. B. (2019). Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 294–301. <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZpvPjMBtcGnLSkq6Lkt7ddj/?lang=en>
- Minayo, M. C. S. (2011). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (29ª ed., p. 108). Editora Vozes.
- Mota, L. C. M. (2021). Percentual de readmissão de pacientes no ambiente hospitalar como parâmetro da qualidade da assistência. *Revista Científica Faculdade Unimed*, 3(1), 79–108. <https://doi.org/10.37688/rcfu.v3i1.164>
- Nascimento, H. A. B., & Mota, F. F. (2022). Políticas públicas para a saúde do idoso no SUS durante a pandemia da COVID-19. *Revista Diálogos em Saúde*, 5(1), 150–170. <https://periodicos.iesp.edu.br/dialogosemsaude/article/view/531>
- Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. (2024). Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>
- Portaria n. 1.208, de 18 de junho de 2013. (2013). Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208\\_18\\_06\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html)
- Quintans, J. R., & Melleiro, M. M. (2023). Percepção de pessoas idosas acerca da transição de cuidados prestados por uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar. *Cogitare Enfermagem*, 28, e84357. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84357>

Santos, B. P., Amorim, J. S. C., Poltronieri, B. C., & Hamdan, A. C. (2021). Associação entre limitação funcional e deficit cognitivo em pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2101. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAQ2101>

Silva, K., Chaves, M. E. A., Zuanetti, P. A., Dornelas, R., & Guedes-Granzotti, R. B. (2017). Rastreamento cognitivo em ambiente hospitalar de pacientes sem queixas relacionadas. *Revista CEFAC*, 19(4), 443–449. <https://doi.org/10.1590/1982-021620171941717>

Uchimura, L. Y. T., Figueiró, M. F., Silva, D. B., Paiva, L. K., Chrispim, P. P. M., & Yonekura, T. (2023). Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e143. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.143>