Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Alta hospitalar de idosos: percepção de profissionais de saúde baseada na Teoria da Transições

Hospital discharge of elderly patients: healthcare professionals' perceptions based on Transition Theory

Alta hospitalaria de pacientes ancianos: percepciones de los profesionales de la salud basadas en la Teoría de la Transición

Natalie Maria Rodrigues Batista[1], Mara Solange Gomes Dellaroza[1], Paula Graziela Pedrão Soares Perales[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de atenção primária quanto a assistência na transição hospital domicílio de pessoas idosas. **Métodos:** Estudo qualitativo pautado no referencial da teoria das transições. Participaram 09 profissionais de uma unidade básica de saúde na região Sul do Brasil. Os participantes eram da equipe da estratégia da saúde da família e da equipe multiprofissional A coleta ocorreu por meio de entrevistas de março a novembro de 2024. **Resultados:** As categorias que emergiram foram: contexto da pessoa idosa pós alta e os desafios para os familiares responsáveis pelo cuidado; organização da atenção primária em saúde no apoio ao cuidado pós alta hospitalar de pessoas idosas; percepção dos profissionais quanto aos desafios e caminhos para o cuidado integral a idosos pós alta hospitalar. **Conclusão:** A transição do cuidado do idoso dependente após a alta do hospital para o domicílio ocorre de maneira ineficiente no contexto da atenção primária em saúde. Algumas estratégias podem ser implementadas de forma a minimizar a descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Palavras-chave: Cuidados transicionais, Idosos, Alta do paciente, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the perception of primary care professionals regarding assistance in the hospital-home transition of elderly people. **Methods:** Qualitative study based on the framework of transition theory. Nine professionals from a basic health unit in the Southern region of Brazil participated. The participants were from the family health strategy team and the multidisciplinary team. Data collection took place through interviews from March to November 2024. **Results:** The categories that emerged were: the context of the elderly person after discharge and the challenges for family members responsible for care; the organization of primary health care in supporting post-hospital discharge care for elderly people; the professionals' perception of the challenges and pathways for comprehensive care for elderly people after hospital discharge. **Conclusion:** The transition of care for dependent elderly people after hospital discharge to home occurs inefficiently in the context of primary health care. Some strategies can be implemented to minimize the discontinuity of care after hospital discharge.

Keywords: Transitional care, Elderly, Patient discharge, Primary health care.

[1] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina – PR.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de los profesionales de atención primaria sobre la asistencia en la transición hospital-domiciliaria de las personas mayores. **Métodos:** Estudio cualitativo basado en el marco de la teoría de la transición. Participaron nueve profesionales de una unidad básica de salud de la región sur de Brasil. Los participantes pertenecían al equipo de estrategia de salud familiar y al equipo multidisciplinario. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas de marzo a noviembre de 2024. **Resultados:** Las categorías que surgieron fueron: el contexto de la persona mayor tras el alta y los desafíos para los familiares responsables del cuidado; la organización de la atención primaria de salud en el apoyo a la atención post-alta hospitalaria de las personas mayores; la percepción de los profesionales sobre los desafíos y las vías para la atención integral de las personas mayores tras el alta hospitalaria. **Conclusión:** La transición de la atención de las personas mayores dependientes tras el alta hospitalaria al domicilio se produce de forma ineficiente en el contexto de la atención primaria de salud. Se pueden implementar algunas estrategias para minimizar la discontinuidad de la atención tras el alta hospitalaria.

Palabras clave: Atención transicional, Personas mayores, Alta del paciente, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é confirmado com a expectativa de vida que em 2024, era de 76,4 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2024). Com o aumento da expectativa de vida, temos o aumento das doenças crônicas inerentes ao envelhecimento e, consequente aumento das internações hospitalares. A alta hospitalar de pacientes idosos é um momento crítico de transição de cuidados que exige planejamento de forma compartilhada, garantindo a continuidade da assistência prestada e prevenindo complicações após o retorno ao domicílio (UCHIMURA LYT, et al., 2023).

Nesse contexto, o processo de transição, é tido como a assistência prestada na transferência do paciente entre diferentes serviços da rede de atenção à saúde (UCHIMURA LYT, et al., 2023). Os movimentos de transição envolvem mudanças de ambiente, condição ou estado, implicando em adaptação das pessoas que a vivenciam. Por sua vez, cuidados de transição são ações planejadas para a continuidade dos cuidados que podem modificar a estado de saúde dessas pessoas, devendo iniciar na admissão, e seguindo após sua alta hospitalar (MELEIS AI, 2010).

A implementação dessas estratégias de cuidado durante a transição hospital-domicílio de pessoas idosas requer compreensão sobre o processo de envelhecimento como um processo multidimensional e multifatorial, que abrange diversidades, singularidades e subjetividades envolvidas no contexto de vida de cada indivíduo (MANSO MEG, et al., 2019).

Estudoaponta que a falta de acompanhamento adequado após a alta hospitalar pode levar a complicações, aumentando a necessidade de novas internações em curto período (PASTORELLO VHS, et al., 2025).Uma revisão sistemática sintetizou evidências sobre a efetividade dos cuidados de transição em idosos após alta hospitalar, os resultados indicaram que esses cuidados aumentam a adesão ao uso dos medicamentos, melhora o estado funcional, diminui a incidência de quedas e reduz os custos do cuidado (UCHIMURA LYT, et al., 2023).

Neste estudo definiu-se conceito de Cuidados de Transição como: práticas coordenadas, validadas para assegurar a segurança e a continuidade dos cuidados na alta hospitalar, buscando garantir qualidade de vida e prevenir reinternações hospitalares (BERNARDINO E, et al., 2022). Diante do papel da transição como um norteador de melhoria da assistência em saúde e segurança do paciente, fundamentar o processo de planejamento de alta pode subsidiar ações articuladas entre níveis de saúde e profissionais, na melhoria de suas práticas, valorizando a comunicação para uma transição efetiva que pode ser potencializada pela utilização de referenciais teóricos como o de Afaf Ibrahim Meleis, intitulada “Teoria das Transições. Uma teoria de médio alcance e específica para esta situação” (GAMA LMP, et al., 2025).

A Teoria das Transições foi desenvolvida na década de 60, quando Meleis cursava o doutorado na Universidade da Califórnia em Los Angeles, Estados Unidos. O interesse de suas investigações foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição, investigou quais são os condicionantes facilitadores e inibidores no processo de mudança de um indivíduo e motivos pelos quais não é possível realizar essa transição de forma saudável (MELEIS AI, 2010).

De acordo com a natureza da transição, uma pessoa pode passar por três tipos de transições: de desenvolvimento, situacional e saúde-doença. Nesse sentindo, a transição no processo saúde/doença estabelece diante da passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, novos modos de cuidar. Um dos contextos explorado na teoria é a transição do hospital para o domicílio (MELEIS AI, 2010).

A atuação da atenção primária em saúde (APS) é fundamental para uma continuidade segura do cuidado no âmbito domiciliar e a articulação entre os níveis de atenção à saúde. Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994 com o intuito de protagonizar a reorganização da APS e, posteriormente, para fortalecer o atendimento no domicílio, configura-se a Atenção Domiciliar (AD) como ferramenta para ampliação de cenários de prática e atendimento às necessidades do usuário (XAVIER GT, et al., 2019).

A APS exerce papel de ordenadora do cuidado e, como principal porta de entrada para o SUS, torna-se ambiente essencial para o desenvolvimento de ações individuais e comunitárias. Com uma abordagem multidisciplinar, integral e multidimensional, eles são responsáveis por monitorar a recuperação do idoso, gerenciar condições crônicas, ajustar tratamentos conforme necessário e fornecer suporte tanto ao paciente quanto aos cuidadores (BRASIL, 2017). Essa abordagem integrada contribui para a redução de reinternações e melhora a qualidade de vida dos idosos (MENDES EV, 2012).

Assumindo a transição como processo dinâmico e complexo, as intervenções inerentes a este processo devem ser sensíveis a partir da perspectiva de quem a experiência. Dessa forma, levantou-se a seguinte questão norteadora: Como ocorre a organização multidisciplinar na atenção primária em saúde na transição do cuidado no período pós alta hospitalar de pessoas idosas dependentes? O objetivo foi descrever a percepção dos profissionais de atenção primária quanto a assistência na transição hospital domicílio de pessoas idosos.

MÉTODOS

Fase exploratória de um estudo baseado no referencial da pesquisa ação, com uma coleta e análise qualitativa dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) parecer nº 3.504.079, CAAE: 18115419.7.0000.5231e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná sob parecer nº 3.721.010 (BRASIL, 2012).

O local de realização foi uma cidade de porte médio do Paraná/Brasil, com uma população estimada em 2025 de 581.382 de habitantes. Os serviços que compõem a Atenção Primária deste município são 54 unidades básicas de saúde. A rede hospitalar é composta por 6 hospitais gerais, sendo 2 de nível secundário e 4 de nível terciário (LONDRINA, 2017). Os critérios de escolha do local foi a partir das análises da média de alta entre janeiro e julho de 2023 do hospitais secundário situado na região de abrangência da UBS, e a constatação que essa UBS era a terceira em número de altas mensais de idosos, além de possuir, na perspectiva da gestão municipal, uma equipe com perfil de abertura para a realização de pesquisas e reflexões críticas.

Os participantes foram 09 profissionais da saúde: uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira assistencial, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, um educador físico, um médico e três agentes comunitários de saúde; sendo que o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde pertencem a uma equipe da estratégia de saúde da família. Para preservar o anonimato, os participantes receberam códigos alfanuméricos iniciados com a letra ou P (Profissionais), seguida de um número que equivale a sequência da entrevista (Exemplo: P1) A amostra foi constituída de forma intencional, considerando a disponibilidade dos profissionais para participar da pesquisa.

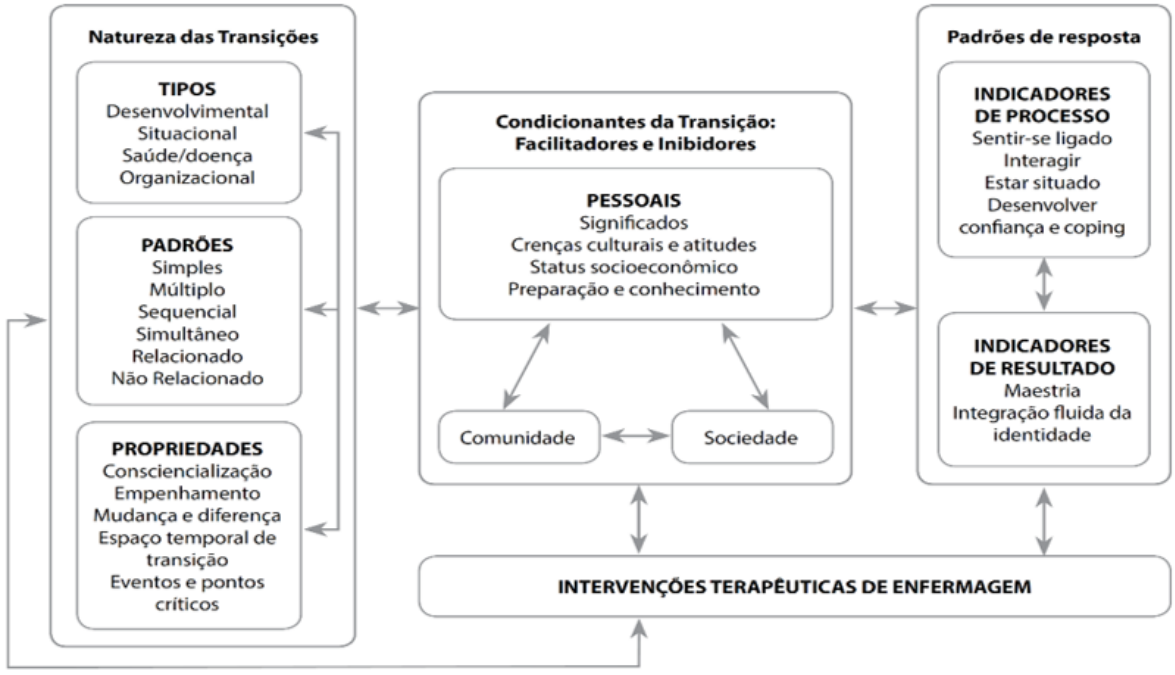
A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e foram realizadas março a novembro de 2024. Todas as entrevistas foram agendadas através do aplicativo de mensagens e realizadas presencialmente com a pesquisadora. Após realizou-se a transcrição da gravaçãona íntegra, corrigindo apenas os vícios de linguagem, com o cuidado de não modificar as características essenciais e o significado.

Para organização dos dados utilizou-se a análise de conteúdo proposta por BardinL (2016), seguindo as etapas propostas pela autora na pré análise realizou-se a organização do material resultante das entrevistas e a "leitura flutuante", cujo objetivo foi identificar respostas à questão de pesquisa. Na etapa de exploração do material concomitantemente à leitura exaustiva, as falas foram grifadas e exportadas para um quadro elaborado que culminou com a elaboração das unidades de registro. Ainda nessa etapa, ocorreu o agrupamento das unidades de registro por temas formando as categorias iniciais e intermediárias. Por fim, ocorreu a interpretação e inferência dos dados que em consonância com o referencial teórico escolhido para culminou nas categorias finais de análise.

A discussão dos resultados baseou nos fundamentos da Teoria das Transições, baseado no diagrama apresentado na **Figura 1**. De acordo com Meleis, a transição é definida como uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidade do indivíduo, e em processos de transição estão mais vulneráveis a riscos que afetam sua saúde e seu bem-estar. Esta teoria é representada em três constructos principais. O primeiro: "Natureza das transições", refere-se a tipos de transições, padrões e propriedades. O segundo: "Condicionantes da transição" são os facilitadores e inibidores do processo de transição. O terceiro: "Padrões de resposta", são os indicadores de processo e de resultado que se constituem formas de avaliação das intervenções (MELEIS AI, 2010).

Dentro do constructo que é apresentado no diagrama (**Figura 1**), pode-se vincular a pessoa idosa em seu processo de alta hospitalar considerando o seu estado de envelhecimento que se relaciona a natureza das transições do tipo saúde/doença, e as condições que são inerentes a este momento de reabilitação. Passando pelos condicionantes facilitadores e inibidores de uma transição saudável. A teoria permite avaliar os padrões de resposta, e, observar o quanto cada pessoa se apropria da sua nova condição, após as mudanças significativas que podem ocorrer devido uma internação hospitalar.

Figura 1- Diagrama da Teoria das Transições de Meleis.



Fonte: Batista NMR et al., 2026. FundamentadoemMeleis AI, 2010.

RESULTADOS

A caracterização dos profissionais participantes da pesquisa, para melhor compreensão dos resultados, foi 9 profissionais sendo: duas enfermeiras uma ocupando o cargo de coordenação, um médico, três agentes comunitários de saúde, um educador físico, uma nutricionista, uma fisioterapeuta. Dos quais, sete eram do sexo feminino. A idade variou de 36 a 64 anos; dois participantes possuíam pós-graduação *Lato Sensu* e um agregava pós-graduação *Stricto Sensu* (mestrado).

Categoria 1: Contexto da pessoa idosa pós alta e os desafios para os familiares responsáveis pelo cuidado

Nesta primeira categoria, os discursos mostraram a percepção dos profissionais em relação ao perfil e demandas da pessoa idosa que surge após a alta hospitalar. Entre as demandas os entrevistados relataram algumas ações que na teoria da Transição, são considerados condicionantes que podem ser facilitadores ou inibidores, conforme a ação programada pela equipe como intervenções terapêuticas.

> *Acabam, sabe, se alimentando menos, isso levando a perda de peso, ou por alguma patologia, um Alzheimer, um AVC, alterou a consistência alimentar, que a gente tem que ajustar.* (P1)

> *É, que o que mais chega assim na fisioterapia de forma geral, se for falar, é o sintoma de dor [...] O idoso também, está associado a alguma limitação funcional. Às vezes, dependendo, uma dor no joelho que limita para caminhar*. (P2)

> *A maioria dessas demandas para o idoso acaba sendo uma questão da dor. [...] fraqueza muscular, também acho que é algo que chega muito.* (P3)

> *As demandas básicas, principais que eles têm é diabetes, pressão alta, cardiopatia, doenças próprias mais dos idosos, que é... fraqueza, senilidade, infecções crônicas [...].* (P6)

> *Na maioria muitas vezes eles estão procurando por receita, consulta. Que já estão bem debilitados. Então é uma procura grande para isso. Às vezes até da família. Sempre tem contato, pedindo ajuda.* (P7)

> *[...] eles necessitam de mais atenção, eles ficaram hospitalizados [...] necessita de mais cuidado justamente pela vulnerabilidade.* (P4)

Os discursos revelaram condicionantes inibidores vinculados ao familiar/ cuidador em algumas situações vivenciadas como: falta de comprometimento dos familiares, falta de conhecimentos para desenvolver o cuidado, e em alguns casos fatores sociais também interferem no contexto do cuidado.

> *[...] vamos dizer assim, eles acham que outra pessoa vai vir e vai dar um jeito por eles [...]. Então, acho que eles têm uma necessidade, que alguém venha e faça um trabalho de recuperar [...] a família não faz a parte dela também [...]. Muda toda uma rotina, uma estrutura da família* (P3)

> *Às vezes o familiar vê a necessidade de até contratar alguém para estar ajudando ali, a cuidar, a fazer os cuidados* (P4).

> *[...] uma família fica mais preocupada, não sabe, às vezes tem que fazer um curativo, não sabe como. Tem que agendar uma visita e ir lá uma técnica para orientar como fazer. Então, isso é uma preocupação mais do familiar mesmo. Como cuidar desse idoso depois da alta* (P4).

> *Tem paciente que não tem muito cuidado da família. Vou visitar, está sozinho em casa. Famíliadeixou no dia anterior o almoço [...]* (P1).

Esse é um momento de vínculo onde a equipe ESF e multidisciplinar desenvolve ações de educação em saúde e assistência, preparando o cuidador para uma efetiva assistência no âmbito domiciliar após a alta hospitalar. A assistência prestada pela equipe de ESF é vista como uma ação terapêutica para uma transição de cuidados saudável.

> *[...] quando o caso é muito complexo e a família está com muita dúvida, já teve casos de a enfermeira disponibilizar um profissional para ir lá orientar [...] mesmo tendo alta, e às vezes o hospital explicando, parece que quando o posto vai na casa, dá orientação, que é algo assim, acho que eles se sentem mais acolhidos por ser alguém que eles conhecem* (P4).

> *[...] ela estava confusa e falando para eles como tomar o medicamento. E estava dando errado. Aí o doutor foi lá, ajustou tudo certinho, orientou eles. Então, às vezes tem essa... essa prioridade* (P7).

Categoria 2: Como a atenção primária em saúde se organiza para apoiar o cuidado pós alta hospitalar de pessoas idosas

Outra situação evidenciada pelos participantes é a forma como recebem essas informações, além das citadas acima, em alguns casos, o hospital também envia eventualmente um e-mail avisando sobre a alta, relatórios médicos e receitas.

> *[...] eles vêm desses encaminhamentos, são feitas consultas aqui no posto ou também às vezes a necessidade de fazer a visita domiciliar, se eles não têm condições de se locomover. E aí a gente presta esse acompanhamento. (P1)*

> *[...] eles chegam ou via UBS, mesmo a equipe de saúde, ou uma técnica, ou uma enfermeira, ou alguém da equipe traz, ou é aquela busca espontânea, que é o caso dos grupos que são abertos. (P3)*

> *O familiar às vezes procura. Nas visitas o familiar fala "ah, ele está internado", por exemplo. Aí, eles mesmo ligam no posto e falam "aí, fulano teve alta" [...] Eles também costumam ligar pedindo as visitas [...] Tem uns que a gente já acompanha porque está bem debilitado (P4).*

> *[...] após a alta hospitalar, depende da situação, aquele que não pode vir ao posto, alguém da família já vem, já traz o encaminhamento do hospital, alguma cartinha para a unidade, ou a gente sabe que teve alta, ou liga aqui e fala que teve alta (P5).*

O processo de comunicação entre os serviços hospitalares e os demais níveis de atenção à saúde muitas vezes não é efetivo. Os profissionais relataram que tem conhecimento apenas quando cuidadores familiares comunicam a alta à UBS e dos idosos domiciliados que já são acompanhados pelo ESF. No entanto, nem todas as pessoas idosas que recebem alta são de conhecimento das equipes de estratégia de saúde da família (ESF) que atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os entrevistados mencionaram algumas intervenções terapêuticas que são realizadas pelas equipes e estão relacionadas ao condicionante facilitador como: realizar algumas intervenções a esses idosos que chegam para atendimento no domicílio, a forma como se organizam para realizar essa assistência e como é prestado esses cuidados aos pacientes que acabaram de receber alta hospitalar.

> *[...] nosso papel é de passar a orientação [...] nós da equipe multidisciplinar, nós somos um serviço que presta um apoio à equipe médica e de enfermagem [...] o paciente vai passar por atendimento com a gente através de um encaminhamento médico vindo dentro daqui do posto ou do hospital* (P1).

> *[...] quem saiu do hospital, geralmente.... Se a gente não vai todos os dias, a gente liga para saber se está tudo bem. Às vezes deixa até o nosso telefone pessoal* (P5).

> *Às vezes tem paciente que precisa de consulta mais frequente ou os outros a gente demora mais, faz a visita quando eles solicitam ou quando passou um certo tempo a gente procura fazer uma visita de rotina* (P6).

> *[...] a equipe toda sempre tenta falar a mesma língua. Então, às vezes não passou comigo, mas veio ver um exame de sangue, já viu alguma coisinha, a enfermagem já pergunta como é que estão as coisas, como é que estão se alimentando* (P1).

> *Auxiliares também, elas fazem visita. Se precisar orientar um curativo que está com dificuldade, ela vai e faz, orienta* (P5).

> *[...]. Aí nós vamos na casa, o ACS faz a visita, traz essa prescrição de alta hospitalar, uma cópia, ou tiramos uma foto e mostramos para o médico no dia da visita da reunião de equipe. O médico olha e identifica qual é a necessidade...e qual vai ser os cuidados necessários para aquele paciente a partir daquele parâmetro, daquela alta hospitalar* (P4).

No entanto, alguns discursos revelaram o quanto algumas situações podem ser inibidoras da transição saudável neste processo da alta hospitalar para o domicílio.

> *[...] se esse paciente teve alta numa quarta-feira e é da equipe que faz uma visita na terça, ela só vai nessa visita na outra terça (P4).*

> *[...] a gente faz as visitas uma vez por semana, quando pode. Logo em seguida as altas. (P6).*

> *Então, dependendo do caso, igual na fisioterapia, a gente encaminha para as clínicas... então as vezes, ... se for um caso pós-operatório, até consegue uma vaga mais rápida, senão ele demora mais tempo na fila, mesmo se for um AVC ou alguma coisa assim (P2).*

Categoria 3: Percepção dos profissionais quanto aos desafios e caminhos para o cuidado integral a idosos pós alta hospitalar

Segundo os participantes, como condicionantes inibidores nesta categoria, foram abordados o pouco tempo em algumas UBS, visto que, a equipe Multidisciplinar (psicólogo, nutricionista, educador físico) atua cada dia em uma UBS diferente, a falta de recursos humanos para compor as equipes e as demandas de cada área também foram mencionadas nos relatos dos entrevistados.

> *[...] no domicílio a gente não consegue fazer tão frequente [...] eu sinto que há uma demanda, às vezes coisas novas, mas a gente, infelizmente, não consegue ir lá e fazer [...] tem que aspirar uma traqueostomia, tem que fazer o curativo de uma escara, a enfermagem, ela explica como é que faz, da nutrição, eu explico como que administra a dieta, mas não dá para a gente ir lá e fazer todo momento (P1).*

> *Nós fizemos até um curso técnico de agente comunitário de saúde que nós aprendemos aferir pressão, glicemia. Só que para a gente estar executando isso na casa deles, a gente precisa estar com outro profissional de nível superior ou técnico de enfermagem (P4).*

> *Fisioterapia da UBS não dá conta, vamos encaminhar para uma clínica. Às vezes, a família não consegue levar, aí fica algo assim meio que faz o que der e ele vai vivendo e aí, vai ficando esse idoso lá (P3).*

> *[...] a gente está com falta de funcionário, as equipes do PSF, não é todos que estão com auxiliar [...] quando eles solicitam, a gente tenta resolver, pelo menos ir fazer a visita para tirar dúvidas (P5).*

[...]mas ainda nós estamos ainda presos numa mentalidade de médico, enfermagem, fisioterapia (P3).

Muitas coisas, às vezes, você quer ajudar mais e não consegue, porque você acaba limitado [...] A questão de funcionários são poucas (P7).

DISCUSSÃO

Considerando as nuances da pessoa idosa dependente hospitalizada a partir da Teoria das Transições, neste estudo o foco de discussão será a percepção dos profissionais quanto aos condicionantes para transição e as intervenções terapêuticas, por considerarmos que estes influenciam diretamente o processo de cuidado neste período. Neste contexto de cuidado, a dependência ocasionada pela doença e envelhecimento geram processos de ajuste, alterações de papéis e mudanças no contexto familiar, nos quais os profissionais precisam atuar.

A alta hospitalar do idoso representa um momento de vulnerabilidade, pois envolve o risco de descontinuidade do cuidado, reinternações e agravamento de condições crônicas. Na perspectiva da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis, esse processo deve ser compreendido como uma mudança que exige preparo, apoio familiar e articulação entre níveis de atenção, favorecendo uma adaptação saudável.

A transição saudável é alcançada a partir do domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados a novos papéis e, à medida em que isso não ocorre ou é realizado de forma ineficaz, pode levar o indivíduo a transições insalubres, colocando-o em vulnerabilidade e risco. Então, a educação em saúde na previsão da transferência do paciente do hospital para o domicílio, configura-se uma importante estratégia para garantir o cuidado integral durante a hospitalização e após a alta hospitalar (MELEIS AI, 2010).

Um estudo de revisão integrativa, considerando as necessidades das pessoas idosas, mostrou que algumas estratégias podem ser implementadas podendo promover uma transição mais eficaz e segura quando conjugadas. Após a alta hospitalar, os cuidados devem ser continuados por meio de estratégias para acompanhar e implementar ações integrais e individualizadas, considerando as necessidades das pessoas idosas (SANTOS JLP, 2024).

O planejamento ineficiente da alta, devido à falha da equipe, está relacionado às reinternações hospitalares não planejadas em até 30 dias (GHENO J e WEIS AH, 2021). Ao passo que, o sucesso da transição do cuidado, especialmente para os idosos e seus familiares, depende do planejamento da alta hospitalar, acompanhamento pós-alta e apoio domiciliar, reduzindo, consequentemente, eventos adversos evitáveis, como erros de medicação, quedas e infecções pós-operatórias, e, quando realizados com qualidade, reduz a taxa de reinternação (COSTA MFBNA, et al., 2020).

Estudos afirmam que realizar a transição do cuidado resulta em assistência à saúde de qualidade, contribuindo para redução das reinternações, dos óbitos, dos custos hospitalares e dos eventos adversos pós-alta (GHENO J e WEIS AH, 2021; COSTA MFBNA, et al., 2020). No Brasil, as taxas de reinternação são de 14 e 18,1%, em 30 dias após a alta (PIVATTO JUNIOR F, et al., 2023; CANTO DF, et al., 2022). O fornecimento de suporte transicional antes e após a alta hospitalar pode reduzir as taxas de readmissão em até 30 dias (TYLER N, et al., 2023).

A teoria destaca ainda a importância dos indicadores de transição saudável, que incluem o sentimento de segurança, a compreensão das orientações recebidas e a capacidade de manejar os novos desafios do cuidado (MELEIS AI, 2010).

Dessa forma, a articulação entre hospital e Atenção Primária em Saúde precisa ir além da transmissão de informações, deve contemplar a educação em saúde, o engajamento da família e profissionais de saúde e o fortalecimento do vínculo com a equipe de referência no território. Nesse contexto, a APS é a coordenadora do cuidado integral, pois possibilita acompanhamento longitudinal, visitas domiciliares e ações multiprofissionais que fortalecem a transição do cuidado (MELO RC, et al., 2025). É definida pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Dentro dos modelos assistenciais da APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desempenha um papel central nesse processo, uma vez que se configura como espaço privilegiado de acompanhamento longitudinal e de promoção em saúde. Suas funções incluem a atenção integral à saúde, o acompanhamento sistemático das famílias, a promoção da saúde e prevenção de doenças, o acompanhamento de doenças crônicas e a articulação com outros serviços de saúde, buscando oferecer uma assistência qualificada, humanizada e próxima da realidade das famílias (BRASIL, 2017).

Uma das prioridades da APS é o cuidado domiciliar, principalmente dos que não podem se deslocar até o serviço de saúde. O cuidado domiciliar às pessoas idosas envolve ações realizadas pela equipe no domicílio, favorecendo o desenvolvimento e a adaptação de suas funções de maneira a restabelecer a independência e autonomia (BRASIL, 2017).

O acompanhamento ativo do idoso após a alta hospitalar, com visitas domiciliares, acompanhamento multiprofissional e monitoramento dos fatores de risco, favorece uma transição mais segura e reduz o risco de complicações no domicílio. Estudos sugeriram que a primeira consulta seja realizada em até sete dias após a alta ou até antes desse período, dependendo da gravidade do paciente (LOW LL, et al., 2017; BALLARD J, et al., 2018). Os mesmos autores também mencionaram algumas estratégias para a continuidade do cuidado pós-alta, como as ligações telefônicas, além das visitas domiciliares (LOW LL, et al., 2017; BALLARD J, et al., 2018; BUURMAN BM, et al., 2016).

Estudos demonstram que o acompanhamento precoce após a alta, especialmente quando realizado em até sete dias, está associado à redução das readmissões hospitalares, sobretudo entre pacientes com maior complexidade clínica e maior risco de readmissão (BALASUBRAMANIAN I, et al., 2025). No Brasil, a continuidade do cuidado ainda enfrenta desafios relacionados à fragilidade da comunicação entre os serviços e à sobrecarga das famílias.O número de altas hospitalares de idosos aumenta, tanto nas áreas cobertas e quanto nas descobertas do atendimento da APS, isso constituindo um desafio para a gestão de saúde do município à medida que, tal fato aponta para a necessidade de repensar e reorganizar um fluxo de trabalho dentro da realidade das equipes que atuam na atenção primária em saúde. Em um estudo americano, enfermeiros foram protagonistas em intervenções que diminuíram de forma significativa as readmissões em 30 dias ao atuarem como coordenadores de transição do cuidado de pacientes (KRIPALANI S, et al., 2019).

Alguns estudos realizados em países como Espanha e Canadá mencionam enfermeiros como gestores de casos ou de continuidade chamados de enfermeiros de transição ou enlace, eles são responsáveis pela coordenação da alta hospitalar, junto com a equipe multiprofissional no cuidado prestado, organizando um plano de cuidados junto ao paciente e família e transferindo essas informações do hospital para a APS (AUED GK, et al., 2019; COSTA MFBNA, et al., 2020).

A alta hospitalar de pessoas idosas representa um momento crítico de transição no cuidado em saúde, no qual o indivíduo deixa um ambiente altamente especializado e passa a depender do acompanhamento da Atenção Primária. Na ótica da teoria das transições de Meleis, essa experiência pode ser compreendida como um processo complexo que envolve mudanças no estado de saúde, nos papéis sociais, no suporte familiar e no vínculo com a rede de serviços.

Intervenções que podem ser implementadas incluem a identificação do risco de readmissão, planejamento da alta, educação em saúde durante e após a hospitalização, reconciliação medicamentosa e comunicação com os serviços de saúde, além de acompanhamento ambulatorial, contato telefônico e visitas domiciliares após a alta (TYLER N, et al., 2023; QUIAO L, et al., 2025). Algumas intervenções que podem ser implementadas incluem identificação do risco de readmissão, planejamento de alta, educação em saúde durante e após a hospitalização, reconciliação medicamentosa e comunicação com serviços de saúde, assim como consultas ambulatoriais, contato telefônico e visita domiciliar pós-alta (ACOSTA AM, et al., 2022). De acordo com Meleis L (2010), as transições exigem adaptação, apoio e preparo, sendo influenciadas por fatores individuais (como idade, comorbidades e nível de autonomia), familiares (rede de suporte e capacidade de cuidado) e institucionais (qualidade da comunicação entre hospital e atenção primária). Nesse sentido, a alta hospitalar sem planejamento adequado pode gerar vulnerabilidades, como

descontinuidade do tratamento, risco de reinternações e maior fragilidade funcional do idoso. Assim sendo, compete a estes profissionais e os serviços de saúde a incumbência de estabelecer um plano de cuidados e reorganização de um fluxo de atendimento, com vistas a promoção e prevenção, a reabilitação do paciente, a supervisão direta do cuidado prestado e ser o educador da família/cuidador, e também, prestar os cuidados mais complexos, além de capacitar a equipe na execução dos planos de cuidados, sendo o elo entre a equipe e a família/cuidador no cuidado do paciente idoso dependente após a alta hospitalar.

CONCLUSÃO

A utilização da teoria da transição de Meleis nos permite compreender que a alta hospitalar não é apenas um evento administrativo, mas um processo de transição que precisa ser apoiado por: políticas públicas, integração das redes de atenção e protagonismo dos profissionais de todos os níveis de assistência, garantindo maior um cuidado mais seguro e integral a pessoa idosa. Partindo do objetivo proposto nesse estudo ao interpretar a alta hospitalar de idosos sob a perspectiva da teoria de Meleis, observa-se que a transição bem-sucedida depende da integração entre diferentes níveis de atenção, da valorização do protagonismo do idoso e da inclusão da família como parceira no cuidado. Assim, os profissionais de saúde da APS devem atuar como facilitadores dessa transição, promovendo a continuidade do cuidado e prevenindo rupturas que possam comprometer a capacidade funcional e de autocuidado a saúde desta população.

REFERÊNCIAS

1. AUED GK, et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado, Rev Latino-Am Enfermagem. 2019; 27:e3162.
2. BALASUBRAMANIAN I, et al. Outpatient Follow-Up and 30-Day Readmissions: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2025 Nov 3;8(11):e2541272.
3. BALLARD J, et al. Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates, Am J Med Qual. 2018; 33(6):583-589.
4. BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
5. BERNARDINO E, et al. Transitional care: analysis of the concept in hospital discharge management, Esc Anna Nery. 2022; 26:e20200435.
6. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessoem: 17 demaio de 2025.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessoem: 25 demaio de 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/antigos/portaria-ms-no-2-528-de-19-de-outubro-de-2006. Acessoem: 17 demaio de 2025.
9. BUURMAN BM, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial, JAMA Intern Med. 2016; 176(3):302-9.
10. CANTO DF, et al. Performance of the Simplified hospital Score for Risk Assessment of Hospital Readmission in a Brazilian Tertiary Public Hospital, Am J Med Qual. 2022 Jan-Feb 01; 37(1):88-89.
11. COSTA MFBNA, et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices, Rev Bras Enferm. 2020; 73:e20200187.

12. GAMA LMP, et al. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory, Rev Bras Enferm. 2025; 78(1):e20230357.
13. GHENO J e WEIS AH. Care transtion in hospital discharge for adult patients: integrative literature review, TextoContexto Enferm. 2021; 30:e20210030.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DA GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da população. 2024. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-em-2024. Acessoem: 01 de dezembro de 2025.
15. KRIPALANI S, et al. A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs, ContempClin Trials. 2019; 81:55-61.
16. LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. Autarquia Municipal de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde. Resolução nº 10/2017. Aprova o Plano Municipal de Saúde do Município de Londrina 2018-2021 [Internet]. 2017. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/relatorio_gestao/Plano_municipal_atualizado.pdf. Acessoem: 17 demaio de 2025.
17. LOW LL, et al. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: A Randomized Controlled Trial, PLoS ONE 2017; 12(1): e0168757.
18. MANSO MEG, et al. Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil, Rev brasgeriatrgerontol. 2019; 22(4):e190013.
19. MELEIS AI. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2010.
20. MELO RC, et al. Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo, Physis. 2025; 35(2):e350216.
21. MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
22. PASTORELLO VHS, et al. Evaluation of the functional state of olderpeople two years after hospital admission due to covid-19, Revista de EstudosInterdisciplinares. 2025; 7(1):01-14.
23. PIVATTO JÚNIOR F, et al. Accuracy of the Simplified hospitaL Score to Predict Nonelective Readmission in a Brazilian Tertiary Care Public Teaching Hospital, QualManag Health Care. 2023 Jan-Mar 01; 32(1):30-34.
24. QIAO L, et al. Effectiveness of Transitional Care Intervention on Health Outcomes in Patients with Pci: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stud Health Technol Inform. 2025;329:977-981.
25. SANTOS JLP, et al. Estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado de idosos na transição hospital-domicílio: revisão integrative, Acta paul enferm. 2024; 37:eAPE01904.
26. TYLER N, et al. Transitional Care Interventions From Hospital to Community to Reduce Health Care Use and Improve Patient Outcomes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(11):e2344825.
27. UCHIMURA LYT, et al. Evidence of effectiveness of hospital transition care in the elderly: rapid systematic review, Rev Panam Salud Publica. 2023; 47:e143.
28. XAVIER GTO, et al. The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users, Rev brasgeriatrgerontol. 2019; 22(2):e180151.