



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA



ELIONAI DOS SANTOS SILVA

**PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA RENAL
EM TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO**

JOÃO PESSOA/PB

2024

ELIONAI DOS SANTOS SILVA

**PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA
RENALEM TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia.

Linha de pesquisa: Envelhecimento e Tecnologias Inovadoras Para o Cuidado À Pessoa Idosa

Orientadora: Prof^a Dra^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Alisséia Guimarães Lemes

João Pessoa/ PB
2024

**Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

S586p Silva, Elionai dos Santos.

Plano de alta de enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio / Elionai dos Santos Silva. - João Pessoa, 2024. 123 f. : ill.

Orientação: Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi.
Coorientação: Alisséia Guimarães Lemes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Gerontologia - Alta do paciente. 2. Insuficiência renal - Idoso. 3. Enfermeiros - Plano de alta. 4. Transição do hospital para o domicílio. I. Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz. II. Lemes, Alisséia Guimarães. III. Título.

UFPB/BC

CDU 613.98(043)

ELIONAI DOS SANTOS SILVA

**PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM INSUFICIÊNCIA RENAL
EM TRANSIÇÃO PARA O DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2024.

COMISSÃO JULGADORA



Profª. Drª. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi
Presidente da Comissão ou Banca (Orientadora)
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB



Profª. Drª. Rosalina Partezani Rodrigues
Membro Interno Titular
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – UFPB



Profª. Drª. Andressa Fernanda Silva
Membro Externo Titular
Universidade de São Paulo - USP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, que esteve comigo nas lutas diárias, sempre oferecendo apoio e compreensão nos momentos mais complexos de minha jornada enquanto pesquisadora !

Ao Sr. Professor Gentil Lourenço Borges, Professor anônimo, pela sua incansável luta em favor dos idosos do Dispensário São Vicente de Paulo, na cidade de Palmelo, interior do estado de Goiás.....a dedicação e empenho deste Mestre inspirou-me na realização da presente pesquisa !

Enfim, dedico este estudo aos idosos em insuficiência renal, pelos quais possuo imenso respeito e carinho pela oportunidade de conviver com cada uma de suas histórias, com seus medos, com suas pequenas alegrias e esperanças em dias melhores.....

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste estudo fica a minha eterna gratidão !!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, Mestre amigo que esteve sempre comigo durante as missões mais difíceis aqui na Terra...

Aos meus pais e irmãos pela compreensão e apoio incondicionais no período desta pesquisa...

Aos organizadores deste convênio educacional que nos possibilitaram concluir mais uma etapa tão importante em nossa vida profissional enquanto enfermeiros...

Aos colegas de trabalho que acompanharam as lutas diárias enquanto buscava o conhecimento debruçado sobre o computador...

Aos companheiros do mestrado, junto aos quais estive por mais de um ano, e nos quais busquei muitas vezes o auxílio necessário...

Aos idosos de nossa cidade, aos quais desejei levar um instrumento que lhes possibilitasse uma qualidade de vida um pouco melhor...

À banca de defesa que esteve presente ajudando-me na construção desse saber.

As professoras Dr^a Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi e Dr^a Alisséia Guimarães Lemes, orientadora e co-orientadora respectivamente, pelo incentivo em buscar a qualidade na elaboração deste estudo.

Enfim, a todos os que direta ou indiretamente estiveram presentes, oferecendo-me algo de si para que eu pudesse elaborar e concluir este estudo, minha imensa gratidão...!

SILVA, Elionai dos Santos. **Plano de alta de enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio.** 2024. 126 f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

RESUMO

Objetivo: Construir um plano de alta de enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem quantitativa para a construção de um produto tecnológico em saúde, do tipo plano de alta hospitalar, destinado ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Para essa construção, esse estudo foi dividido em duas etapas sendo: uma revisão integrativa da literatura as seguintes fontes de dados: MEDLINE-PubMed, Lilacs, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL, BDENF; e a elaboração do plano de alta hospitalar para o idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio na segunda etapa. **Resultados:** com a revisão integrativa da literatura foram identificados inicialmente 5.031 estudos, dos quais 1.957 foram eliminados, incluindo os duplicados. Dos 3.074 restantes, 3.050 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, foram elegíveis 24 estudos para leitura completa. Destes, após a análise detalhada, 14 foram descartados por se tratarem de textos de revisão ou apresentarem população e resultados incompletos. Ao final, apenas 9 artigos abordando a temática atenderam todos os critérios pré-estabelecidos e foram incluídos na amostra final. O plano de alta de enfermagem adaptado para idosos com insuficiência renal foi embasado na Teoria de Transição do Cuidado de Meleis e abordou domínios específicos, como avaliação do paciente, comunicação eficaz de informações e coordenação do cuidado. **Discussão:** Destaca-se a importância desses domínios para garantir uma transição segura da alta hospitalar, com ênfase na participação ativa do paciente, comunicação clara entre profissionais de saúde e familiares, e coordenação eficaz entre as equipes. A implementação eficaz desse plano não apenas melhora a satisfação do paciente e do cuidador, mas também beneficia a instituição hospitalar, reduzindo o tempo de internação, as taxas de readmissão e promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis. Essa abordagem alinhada às diretrizes clínicas e governamentais destaca a relevância do planejamento de alta como prática essencial na prestação de cuidados de saúde. **Conclusão:** A pesquisa destaca a contribuição do plano ao oferecer um guia estruturado que aborda não apenas as necessidades clínicas, mas também os aspectos sociais e emocionais, visando prevenir readmissões e melhorar a qualidade de vida pós-alta. Limitações incluem a exclusão de alguns estudos devido a critérios específicos e a falta de validação clínica do plano. Perspectivas futuras envolvem realizar esta validação, com a avaliação da eficácia, adaptação contínua e a expansão da pesquisa para investigar a experiência do paciente e familiares na implementação do plano.

Descritores: Alta do paciente; Idoso; Enfermeiros; Insuficiência Renal; Transição do Hospital para o domicílio.

SILVA, Elionai dos Santos. **Nursing discharge plan for the elderly with renal failure in transition to home**. 2024. 126 f. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2024.

ABSTRACT

Objective: To build a nursing discharge plan for elderly people with kidney failure in transition to home care. **Method:** This is a methodological study with a quantitative approach to the construction of a technological health product, such as a hospital discharge plan, aimed at elderly people with kidney failure in transition to the home. This study was divided into two stages: an integrative literature review using the following data sources: MEDLINE-PubMed, Lilacs, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL, BDENF; and the development of the hospital discharge plan for the elderly with kidney failure in transition to home care in the second stage. **Results:** The integrative literature review initially identified 5,031 studies, of which 1,957 were eliminated, including duplicates. Of the remaining 3,074, 3,050 were excluded because they did not meet the inclusion criteria, and 24 studies were eligible for full reading. Of these, after detailed analysis, 14 were discarded because they were review texts or had incomplete populations and results. In the end, only 9 articles on the subject met all the pre-established criteria and were included in the final sample. The nursing discharge plan adapted for elderly people with kidney failure was based on Meleis' Transition of Care Theory and addressed specific domains such as patient assessment, effective communication of information and coordination of care. **Discussion:** The importance of these domains to ensure a safe transition from hospital discharge is highlighted, with an emphasis on active patient participation, clear communication between healthcare professionals and family members, and effective coordination between teams. Effective implementation of this plan not only improves patient and caregiver satisfaction, but also benefits the hospital institution by reducing length of stay, readmission rates and promoting more efficient management of available resources. This approach is in line with clinical and government guidelines highlights the relevance of discharge planning as an essential practice in the provision of healthcare. **Conclusion:** The research highlights the contribution of the plan in offering a structured guide that addresses not only clinical needs, but also social and emotional aspects, aiming to prevent readmissions and improve quality of life post-discharge. Limitations include the exclusion of some studies due to specific criteria and the lack of clinical validation of the plan. Future perspectives involve carrying out this validation, with the evaluation of effectiveness, continuous adaptation and the expansion of research to investigate the experience of the patient and family members in implementing the plan.

Descriptors: Patient discharge; Elderly; Nurses; Renal insufficiency; Transition from hospital to home.

SILVA, Elionai dos Santos. **Plan de alta de enfermería para ancianos con insuficiencia renal en tránsito al domicilio.** 2024. 126 f. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2023.

RESUMEN

Objetivo: Construir un plan de alta hospitalaria para ancianos con insuficiencia renal en transición a cuidados domiciliarios. **Método:** Se trata de un estudio metodológico con enfoque cuantitativo para la construcción de un producto tecnológico sanitario, como es el plan de alta hospitalaria, dirigido a personas mayores con insuficiencia renal en transición al domicilio. Este estudio se dividió en dos etapas: una revisión bibliográfica integradora utilizando las siguientes fuentes de datos: MEDLINE-PubMed, Lilacs, Scopus, Web of Science, Embase, CINAHL, BDENF; y el desarrollo del plan de alta hospitalaria para ancianos con insuficiencia renal en transición a la atención domiciliaria en la segunda etapa. **Resultados:** La revisión bibliográfica integradora identificó inicialmente 5.031 estudios, de los que se eliminaron 1.957, incluidos los duplicados. De los 3.074 restantes, 3.050 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión, y 24 estudios fueron elegibles para la lectura completa. De éstos, tras un análisis detallado, se descartaron 14 porque eran textos de revisión o tenían poblaciones y resultados incompletos. Finalmente, sólo 9 artículos sobre el tema cumplían todos los criterios pre establecidos y se incluyeron en la muestra final. El plan de alta de enfermería adaptado para ancianos con insuficiencia renal se basaba en la Teoría de la Transición de Cuidados de Meleis y abordaba dominios específicos como la evaluación del paciente, la comunicación eficaz de la información y la coordinación de los cuidados. **Discusión:** Se destaca la importancia de estos dominios para garantizar una transición segura desde el alta hospitalaria, haciendo hincapié en la participación activa del paciente, la comunicación clara entre los profesionales sanitarios y los familiares, y la coordinación eficaz entre los equipos. La aplicación efectiva de este plan no sólo mejora la satisfacción de pacientes y cuidadores, sino que también beneficia a la institución hospitalaria al reducir la duración de la estancia, las tasas de reingreso y promover una gestión más eficiente de los recursos disponibles. Este enfoque, en consonancia con las directrices clínicas y gubernamentales, pone de relieve la relevancia de la planificación del alta como práctica esencial en la prestación de asistencia sanitaria. **Conclusión:** La investigación destaca la contribución del plan al ofrecer una guía estructurada que aborda no sólo las necesidades clínicas, sino también los aspectos sociales y emocionales, con el objetivo de prevenir los reingresos y mejorar la calidad de vida tras el alta. Las limitaciones incluyen la exclusión de algunos estudios debido a criterios específicos y la falta de validación clínica del plan. Las perspectivas futuras pasan por llevar a cabo esta validación, con evaluación de la eficacia, adaptación continua y ampliación de la investigación para investigar la experiencia del paciente y los familiares en la aplicación del plan.

Descriptores: Alta del paciente; Anciano; enfermeras; Insuficiencia renal; Transición del hospital al hogar.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PICo para estabelecer critérios de elegibilidade da revisão integrativa, Barra do Garças (MT), 2023.	52
Quadro 2 - Estratégia de busca preliminar do PubMed, em relação aos itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.	54
Quadro 3 - Caracterização dos estudos incluídos sobre os itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.	62
Quadro 4 - Estratégias de cuidados ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio, recomendados nos estudos identificados na Revisão Integrativa. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.	73
Quadro 5 - Apresentação do Plano de alta de enfermagem para paciente idoso com insuficiência renal, 2024.	74
Quadro 6 - Descrição das informações para apoiar os enfermeiros e a equipe de enfermagem (em caso de dúvidas) no preenchimento do plano de alta, de acordo com ação e documento a ser consultado.	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sistema urinário	21
Figura 2 - Anatomia interna dos rins	22
Figura 3 - Anatomia dos néfrons	23
Figura 4 - Máquina montada durante uma sessão de diálise	30
Figura 5 - Diálise Peritoneal	31
Figura 6 - Transplante renal	31
Figura 7 - Afaf Ibrahim Meleis	36
Figura 8 - Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance	38
Figura 9 - Componentes essenciais para a transição do cuidado	44
Figura 10 - Diagrama de fluxo PRISMA-ScR das etapas de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo.	46
Figura 11 - Temas identificados nas pesquisas	48
Figura 12 - Fluxograma que ilustra a seleção, exclusão e o total de artigos incluídos e analisados sobre os itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDL	Cateter duplo lúmen
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DMR	Dia Mundial do Rim
FAV	Fístula Arteriovenosa
HMMPM	Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 A fisiologia do rim e a insuficiência renal.....	21
2.2 A pessoa idosa e o contexto de saúde.....	25
2.3 Evidencias científicas sobre o plano de alta de enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio.....	44
3 PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1 Tipo de estudo	51
3.2 Etapas do estudo	51
3.3 Local da pesquisa.....	53
3.4 População e amostra.....	53
3.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	53
3.6 Análise dos dados	58
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos	60
4.2 Apresentação do produo	75
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	111

APRESENTAÇÃO

O enfermeiro que atua na área hospitalar assistencial depara-se, muitas vezes, com pacientes idosos que desenvolveram situações de saúde complexas, provocadas por fatores que podem aumentar, ainda mais, a probabilidade de deterioração do seu estado de saúde, a exemplo das enfermidades de base como a hipertensão arterial, o diabete mellitus, as doenças cardiovasculares, além das osteoartroses (SIMIELI, PADILHA, TAVARES, 2019), entre outras, ou seja, pela própria característica do envelhecimento, o idoso costuma apresentar uma multiplicidade de doenças crônicas (VERAS, 2012).

Desde o momento da admissão no ambiente hospitalar, o enfermeiro deve começar a preparar o paciente idoso para receber a alta. Preconiza-se que durante o período da internação que esse profissional deve identificar as diferentes condições de saúde enfrentadas pela pessoa idosa, o seu histórico de doenças, os hábitos de vida, as possibilidades de apoio familiar, as redes de saúde disponíveis para este paciente e as medicações de uso contínuo.

A terapia dialítica é um procedimento importante para pacientes com doença renal crônica avançada, especialmente para aqueles que não possuem função renal adequada. Essa terapia é útil para a remoção de resíduos metabólicos e no equilíbrio dos eletrólitos no corpo, promovendo assim uma melhor qualidade de vida e prolongando a sobrevida desses pacientes.

Quando estas pessoas estão necessitando de terapia dialítica, a situação pode ficar mais complicada ainda, tornando-se, imprescindível, que o enfermeiro lhes volte a sua atenção, pois eles também podem apresentar, com certa frequência, deficiências geriátricas e uma carga considerável de comorbidades; se houver um comprometimento geriátrico em múltiplos domínios no início desta terapia podem acontecer resultados indesejados (VAN LOON et al., 2016).

Além disso, no contexto hospitalar é possível observar situações, ao menos nos cenários brasileiros, que podem trazer impacto no momento de planejar a alta idoso, como, por exemplo, a fragmentação do saber do próprio profissional em relação à determinadas doenças, a falta de especialização na área de atuação, o fluxo intenso de atividades rotineiras, o tempo disponível para o atendimento individualizado aos pacientes, a rotatividade do enfermeiro entre os diferentes setores do hospital, dentre outros.

No Brasil ainda há uma comunicação deficiente entre todos os envolvidos no processo de alta hospitalar. Essa deficiência no processo de trabalho dos profissionais de saúde muitas vezes resulta em uma descontinuidade no cuidado ao paciente, o que pode levar a reinternações, devido ao despreparo do paciente ou da família em relação aos cuidados domiciliares

necessários (SILVA, 2022; NIETSCHÉ et al., 2024).

O enfermeiro precisa, então, planejar cuidadosamente uma transição segura do paciente da instituição hospitalar para a comunidade. Muitas vezes, este processo é negligenciado; as orientações fornecidas objetivando à alta clínica são escassas, realizadas de forma rotineira e não individualizada, apressadamente, sem considerar as condições e as necessidades específicas de cada cliente e respectiva família. Além disso, a maioria das informações recebidas acontece, apenas, na saída do paciente do hospital, não se constituindo numa atividade sistematicamente integrada no plano de cuidados individualizados a prestar ao cliente e sua família (FERREIRA, BAIXINHO, 2021).

O estudo de Rodrigues et al. (2024) mostrou que a questão da desospitalização é complexa e relaciona-se ao aumento das readmissões hospitalares, eventos adversos e mortalidade; regressar para casa significa o enfrentamento de uma nova realidade, que exige do próprio paciente ou de quem vai cuidar dele, o desenvolvimento de habilidades complexas relacionadas ao cuidado, que geralmente, são oferecidas pelo enfermeiro. Provencher et al. (2020) evidenciaram que os idosos hospitalizados com comprometimentos cognitivos leves beneficiam-se de intervenções para a alta que envolvem preparação e apoio pós- alta, para reduzir reinternações não planejadas.

Enquanto enfermeira do Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck (HMMPM) da cidade de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso, a pesquisadora deparou-se com situações nas quais alguns idosos que estavam sob seus cuidados foram internados por motivos de saúde que, provavelmente, poderiam ter sido evitados ou, então, controlados em seus domicílios. Exemplo disso são os pacientes hipertensos readmitidos com o quadro recorrente de pressão arterial elevada, ou pacientes diabéticos que (re)internaram por motivos de diabetes descompensados, algumas vezes acompanhados de agravamento do quadro de saúde, como é o caso da insuficiência renal.

Dependendo da evolução do quadro de insuficiência renal, o paciente pode necessitar de realização da terapia renal substitutiva (TRS) que pode ocorrer em trêsmodos diferentes: diálise peritoneal (DP), transplante renal e hemodiálise. No referido hospital municipal é oferecida a modalidade hemodiálise, quando ocorrefalência da função renal.

A vivência de situações como estas despertou na pesquisadora o interesse para aprofundar os estudos abordando a temática da doença renal, em especial sobre a alta hospitalar do idoso com insuficiência renal. Alguns questionamentos provocaram-lhe o desejo de buscar temas que pudesse embasar cientificamente esta dissertação, como, por exemplo, a “Teoria da Transição de Cuidados” e a “alta hospitalar qualificada”.

O ensejo de aprofundar os conhecimentos sobre a doença renal e seu impacto no idoso veio ao encontro da proposta de pesquisa do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba. Algumas perguntas naturalmente surgiram no momento do preparo desta pesquisa, que foram: é possível para o enfermeiro que atua no hospital municipal (HMMPPM) de Barra do Garças (MT), mesmo sem ter o conhecimento específico da área de nefrologia, orientar o idoso com insuficiência renal para uma alta segura? Quais são as orientações específicas para o enfermeiro transmitir ao idoso com insuficiência renal no momento da alta hospitalar?

Todos os anos, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza uma campanha no Dia Mundial do Rim (DMR)¹, que ocorre em março. O tema dessa campanha varia anualmente. Em 2022 o tema da campanha foi o seguinte: “Saúde dos rins para todos: educando sobre a saúde renal / Preenchendo a lacuna de conhecimentos para o melhor cuidado renal” (BRASIL, 2022). No entender dos coordenadores da campanha, existe uma lacuna sobre o conhecimento da saúde renal em todos os setores de saúde, a qual precisa ser preenchida.

A partir da proposta desta campanha de 2022, a pesquisadora sentiu-se motivada a buscar na literatura, quais os conhecimentos seriam necessários para preencher tal lacuna. No seu entender, o momento da alta hospitalar do idoso em insuficiência renal pode ser ideal para o enfermeiro ensinar e auxiliar o idoso e/ou seu acompanhante a cuidar melhor de sua saúde renal. Então, foi essa a principal motivação para que fosse elaborada a presente investigação.

¹ Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/saude-renal-para-todos-educando-sobre-a-doenca-renal- 10-3-dia-mundial-do-rim/>

1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é caracterizada como a liberação do paciente de uma instituição de saúde e deve ser planejada desde o momento da sua admissão. O processo de internação e, posteriormente, de alta do paciente, é atividade privativa do profissional médico. O planejamento da alta deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional que cuida deste paciente (BRASIL, 1987).

Uma equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que trabalham de forma integrada para proporcionar um cuidado humanizado e eficaz ao paciente. Cada membro da equipe contribui com sua ciência e conhecimento específico, garantindo uma abordagem personalizada para cada paciente. A equipe multiprofissional atua em conjunto para planejar e executar o cuidado, considerando não apenas a condição médica do paciente, mas também aspectos emocionais, sociais e funcionais, visando a sua reabilitação e bem-estar geral (GOMES et al., 2021).

Por outro lado, o enfermeiro é o profissional imprescindível na coordenação desta atividade, cabendo-lhe a responsabilidade de adequar a assistência de enfermagem por meio da confecção de protocolos institucionais sobre o processo de alta hospitalar, desde a admissão do paciente até a sua saída. Neste contexto, este profissional da saúde deve possuir características inestimáveis, tais como: qualificação; responsabilidade; comprometimento com o trabalho e com o cuidado humano; saber coordenar as atividades relacionadas com a alta; possuir habilidade para avaliar, orientar e intervir no âmbito de suas habilidades específicas (COREN/SP, 2020; COREN/AL, 2018), entre outras.

Ao considerar a alta qualificada, é importante estar atento ao fato de que este momento pode ser percebido como um período de fragilidade para os pacientes e seus familiares. Nesse contexto, a equipe de saúde tem a responsabilidade fundamental de estabelecer um diálogo baseado na escuta atenta, utilizando abordagens técnicas para garantir estratégias de autocuidado, além de facilitar a compreensão e o processamento das informações fornecidas (SOUZA et al., 2023).

Planejar a alta hospitalar pode ser então, um processo desafiador, tendo em vista que implica em situações pessoais relacionadas às habilidades do profissional, sua própria formação acadêmica, como também em outras circunstâncias como estrutura física do prédio, dimensionamento de pessoal, disponibilidade de recursos como equipamentos de saúde, facilidades de encaminhamentos de pacientes para áreas de maior complexidade, limitações

relacionadas ao acesso às redes de saúde locais, entre outras (FERREIRA et al., 2019).

Existem avanços e desafios interprofissionais na alta responsável no que diz respeito a transição e continuidade do cuidado no processo de alta hospitalar, principalmente em relação à continuidade informacional e relacional do cuidado ao paciente. A sobrecarga de trabalho foi identificada como um aspecto desfavorável nesse processo de transição, resultando em impactos negativos para os pacientes, profissionais e serviços de saúde (ZANETONI et al., 2023).

As práticas educativas do enfermeiro no ambiente hospitalar são importantes, pois: promovem o autocuidado; preparam o paciente e seus familiares para os procedimentos relacionados ao seu estado de saúde; ajudam a esclarecer dúvidas; proporcionam melhor adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde; além disso, contribuem para mudanças de atitudes frente à nova realidade da pessoa (ARAÚJO et al., 2022).

Supõe-se a existência de diversas fragmentações relacionadas às orientações de alta hospitalar ministradas por enfermeiros, como, por exemplo: orientações faladas e não escritas, o que dificulta a compreensão do paciente e/ou de seu acompanhante; orientações gerais no final do período da internação e não durante a admissão da pessoa conforme preconizado por estudiosos sobre o tema; desconhecimento do enfermeiro sobre a realidade social, econômica, cultural do paciente, dificultando assim, a captação de informações importantes e promovendo o distanciamento e o desinteresse dos sujeitos em relação à condição de sua saúde (GOMES et al., 2021; POMPEO et al., 2007).

A respeito das orientações de enfermagem fornecidas a pacientes em terapia hemodialítica, estas geralmente são predominantemente verbais e incluem instruções tais como: limitação ao consumo excessivo de água, aplicação de compressas frias na fistula no dia da sessão de hemodiálise e, posteriormente, compressas mornas, e comunicação à clínica em caso de ausências. No entanto, tais orientações não são adequadamente assimiladas pelos pacientes, e isso resulta em retornos para novas sessões de hemodiálise, provocando sérias alterações na saúde (BORSATO, 2014; SILVA, 2022).

Quanto aos idosos, no Brasil as estatísticas relacionadas ao envelhecimento populacional apontam o seu número crescente, alcançando o total de 3 milhões em 1960; 7 milhões em 1975; 14 milhões em 2002; 32 milhões em 2020. A perspectiva é de que até o ano de 2050 a população mundial de idosos atinja o total de 2 bilhões. O desafio é envelhecer com a saúde preservada, principalmente em países como o Brasil, em que as políticas de saúde destinadas à pessoa idosa ainda se encontram em fase de construção de sistemas de proteção social, objetivando garantir maior segurança e atenção à saúde do idoso (VERAS, OLIVEIRA, 2018; LIMA-COSTA, 2018; LEINDECKER, BENNEMANN, MACUCH,

2020).

Quando comparadas com as outras faixas etárias podem ser apontadas as seguintes características relacionadas às pessoas idosas: maior utilização dos serviços de saúde, fazendo com que a demanda torne-se maior nesta faixa etária; maior frequência de internações hospitalares; maior tempo de ocupação do leito. Por outro lado, observa-se que alguns fatores contribuem para a ocorrência desse fato, como, por exemplo, suas doenças são crônicas e múltiplas, exigindo o acompanhamento constante, os cuidados permanentes, as medicações contínuas e os exames periódicos (VERAS, OLIVEIRA, 2018).

Entre as doenças crônicas, existem aquelas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares; a hipertensão arterial; o diabetes mellitus; as neoplasias; a doença pulmonar obstrutiva crônica; as doenças musculoesqueléticas (artrite e osteoporose); as doenças mentais (depressão e demências); os *déficits* visuais. Estudos indicam associação direta entre a doença cardiovascular, a hipertensão arterial e o diabetes com o desenvolvimento da insuficiência renal no idoso. O diabetes e a hipertensão são considerados alguns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal e estão associados com as elevadas taxas de morbidade e mortalidade pela doença. Estima-se que o diabetes e a hipertensão arterial sejam as doenças de bases de 2/3 dos pacientes com insuficiência renal crônica no Brasil (WERMECK, 2008; PORTO et al., 2017; HAMIDA et al., 2019).

A insuficiência renal pode ser classificada como aguda (IRA) ou crônica (IRC). A IRA caracteriza-se pela redução da função renal em horas ou dias, referindo-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular e disfunções relacionadas ao controle do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico. Por outro lado, a IRC refere-se a um diagnóstico de perda progressiva e geralmente irreversível da função dos rins, com consequente deterioração das funções bioquímicas efisiológicas do organismo humano (DAUGIRDAS, 2001; TORTORA, DERRICKSON, 2017).

Observa-se que, à medida que aumenta a prevalência das doenças renais na população de modo geral, inclusive na população de idosos, ocorre o consequente aumento das despesas públicas com internações hospitalares decorrentes do agravamento da doença. Pesquisa realizada no Brasil sobre gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2013 a 2015 com doenças renais, por exemplo, as doenças glomerulares e túbulo intersticiais, a insuficiência renal crônica e algumas doenças relacionadas a elas, como hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral entre outras, estatisticamente representaram cerca de 7,61% das internações e 12,97% dos gastos do total de internações no país; os gastos com a Terapia Renal Substitutiva, entre elas a hemodiálise, somaram mais de 5% das despesas do SUS (PEREIRA et

al., 2017; ALCALDE, KIRSZTAJN, 2018; AMARAL et al., 2019).

Os gastos com a doença renal foram considerados expressivos e as estatísticas geraram preocupações no Setor Público quanto à manutenção futura do tratamento da Doença Renal Crônica (DRC), principalmente em sua fase dialítica no Brasil. Há a necessidade de buscar alternativas, tal como, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce da DRC (PEREIRA et al., 2017; ALCALDE, KIRSZTAJN, 2018; AMARAL et al., 2019).

Diante do exposto, justifica-se a necessidade da elaboração do plano de alta de enfermagem direcionado ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio, tendo em vista ser comum o surgimento de dúvidas relacionadas ao autocuidado em domicílio, propiciando o desencadeamento de situações, como: eventos adversos relacionados aos medicamentos de uso contínuo; exacerbação de doença subjacente (hipertensão arterial e diabetes mellitus, principalmente); readmissões hospitalares, dentre outros aspectos. Neste contexto, torna-se fundamental o desempenho qualificado dos enfermeiros no planejamento da alta hospitalar para a implantação de transições seguras de cuidados ao idoso com insuficiência renal, assegurando assim, a continuidade do cuidado no domicílio e evitando as reinternações (WEBER, LIMA, ACOSTA, 2019).

Entende-se que a continuidade dos cuidados deve ser realizada, além de outros aspectos, por meio da articulação com os níveis de atenção à saúde, conforme preconizado pelo sistema de referência e contrarreferência. Essa prática visa garantir que o paciente tenha acesso adequado aos diferentes serviços de saúde, recebendo o suporte necessário em cada etapa do seu tratamento. Além disso, o treinamento do cuidador familiar também se mostra fundamental, pois contribui para que ele possa desempenhar de forma mais eficaz os cuidados específicos, promovendo assim uma melhor qualidade de vida para o paciente (BRASIL, 2014). Neste caso é importante que o enfermeiro avance no processo de planejar e sistematizar a alta, tornando-a qualificada para atender a demanda do paciente individualmente, garantindo que tanto o paciente quanto seus familiares possam obter um esclarecimento maior sobre a evolução do seu quadro de saúde (GAGIGE et al., 2021).

O acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, em relação aos pacientes idosos é essencial para evitar que eles apresentem sintomatologias tardias (DE LORENZO et al., 2020). Então, supõe-se que o planejamento de alta hospitalar feito pelo enfermeiro, evidentemente, deve estar articulado com as orientações dos demais membros da equipe interdisciplinar e apoiado nas necessidades humanas do paciente, obtidas pelo desenvolvimento do Processo de Enfermagem (FIALHO et al., 2019).

Sob uma perspectiva ampla, presume-se que o avanço da investigação centrada na

insuficiência renal, o qual é o lugar de atuação profissional da pesquisadora, poderá proporcionar uma aprimorada estruturação da assistência de enfermagem durante a transição de cuidados para o ambiente domiciliar desse segmento etário. Assim, a realização deste estudo encontra justificativa.

Considerando que a ausência de um plano de enfermagem específico pode resultar em uma prestação de cuidados insegura, formulou-se a seguinte questão norteadora: como um plano de alta de enfermagem para idosos com insuficiência renal em processo de transição para o domicílio pode contribuir com o processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a essa população?

Os objetivos desse estudo são:

- Identificar, na literatura, as evidências científicas sobre os cuidados que devem compor um plano de alta de enfermagem à pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio.
- Elaborar um plano de alta de enfermagem contendo elementos necessários para o cuidado da pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio.

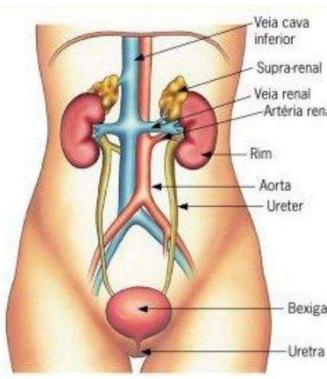
2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do plano de alta ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio buscou-se apoio na fundamentação teórica que, por sua vez, foi desenvolvida em duas fases distintas: a) uma revisão da literatura abrangendo o estado da arte da insuficiência renal, sobre o idoso com insuficiência renal e a atuação do enfermeiro com o idoso hospitalizado e indicativo de como poderia ser um planejamento para alta hospitalar; b) a utilização de um referencial teórico específico no estudo, no qual foi identificado uma das teorias de enfermagem que oferecesse suporte às orientações de enfermagem destinadas aos pacientes durante o processo de transição do ambiente hospitalar para o domicílio.

2.1 A fisiologia do rim e a insuficiência renal

Os rins, os ureteres, a bexiga e a uretra, compõem o sistema urinário mais amplo (Figura 1). São responsáveis principalmente pela remoção de resíduos do sangue e sua eliminação do corpo por meio da urina. Localizados em ambos os lados da coluna vertebral na cavidade peritoneal, os rins adultos filtram cerca de 120 ml de plasma sanguíneo por minuto. Além da função primária, os rins desempenham diversas outras funções homeostáticas, incluindo a regulação do volume sanguíneo e pressão, potencial hidrogeniônico (pH), composição eletrolítica, estimulação da eritropoiese (produção de glóbulos vermelhos) e apoio à biossíntese de vitamina D (KNIGHT; NIGAM; CUTTER, 2020; OGOBUIRO; TUMA, 2023).

Figura 1 - Sistema urinário.



Fonte: (COUTINHO, 2017)

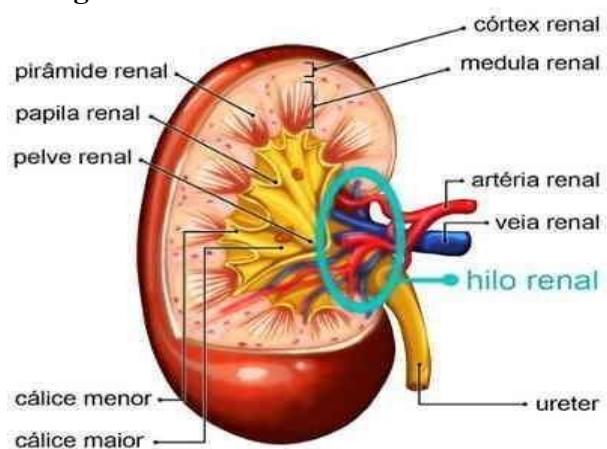
No que diz respeito à anatomia externa, as dimensões normais de um rim adulto situam-se em torno de 12 centímetros (cm) de comprimento, 6 cm de largura e 3 cm de profundidade (MAHADEVAN, 2019). Contudo, devido ao tamanho e à localização do fígado no quadrante

superior direito da cavidade abdominal, o rim direito geralmente apresenta uma medida 2 milímetros (mm) menor, e 8 gramas (g) mais leve e posiciona-se ligeiramente mais baixo em relação ao rim esquerdo (KALUCKI et al., 2020).

Cada rim é cercado por três camadas distintas, organizadas da mais externa para a mais interna. A Fáscia Renal, primeira camada, consiste em uma fina porção de tecido conjuntivo que estabelece a conexão entre o rim e os tecidos circundantes, incluindo a parede abdominal, fornecendo suporte estrutural. A segunda camada, denominada Cápsula Adiposa, é composta por gordura perirrenal, desempenhando um papel protetor ao resguardar o rim contra traumas e contribuindo para a manutenção de sua posição dentro da cavidade abdominal. Por fim, a terceira camada, a Cápsula Renal, é constituída por tecido conjuntivo, exercendo uma função importante na preservação da integridade estrutural e da forma do rim. Esta camada também oferece proteção ao tecido interno do rim (TAYLOR, 2023).

A anatomia interna do rim é geralmente caracterizada por três regiões principais: o córtex renal, a medula renal e a pelve renal (Figura 2). O córtex, que constitui a região mais externa, apresenta uma aparência granular devido à presença elevada de corpúsculos renais nessa área (KNIGHT; NIGAM; CUTTER, 2020). Cada corpúsculo renal, composto por um glomérulo e uma cápsula de Bowman, forma o centro de filtração das unidades estruturais e funcionais do rim, os néfrons, que serão discutidos posteriormente. Adicionalmente, o córtex abriga uma alta densidade de vasos sanguíneos que servem aos néfrons (TAYLOR, 2023).

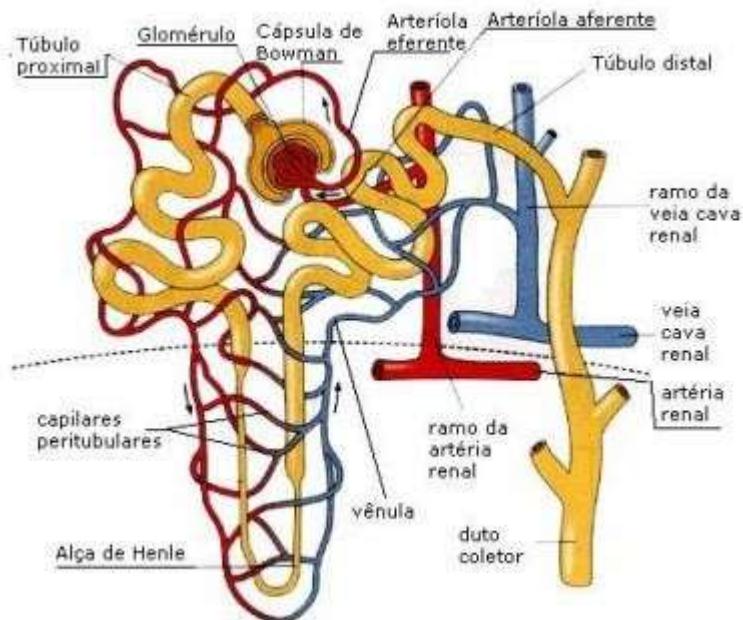
Figura 2 - Anatomia interna dos rins.



Fonte: <https://planetabiologia.com/rim/>

A região intermediária do rim conhecido como medula, engloba estruturas triangulares denominadas pirâmides renais. Essas pirâmides renais incluem as alças de Henle e os ductos coletores dos néfrons (Figura 3), bem como os vasos sanguíneos do vaso reto descendente ou vasa recta (TAYLOR, 2023).

Figura 3 - Anatomia dos néfrons.



Fonte: (COUTINHO, 2017)

O filtrado gerado pelos néfrons é direcionado por meio das pirâmides renais, fluindo pelas papilas renais em direção aos cálices menores e, subsequentemente, aos cálices maiores. A partir do momento em que ingressa nos cálices menores, é considerado urina. A porção mais interna do rim está relacionada à pelve renal, uma estrutura formada pela fusão dos cálices maiores, que posteriormente se transforma no ureter. Assim, a pelve renal encaminha a urina dos cálices maiores para a bexiga, por intermédio do ureter. O ureter, conjuntamente com a arteria renal, veia, nervos e vasos linfáticos, atravessa o rim por meio de um recuo denominado hilo (TAYLOR, 2023).

O núcleo central do funcionamento do sistema renal são os néfrons e representam aproximadamente 1-1,3 milhão por rim adulto. Destes, cerca de 80-85% são classificados como néfrons corticais, predominantemente localizados no córtex renal, enquanto os restantes 15-20%, denominados néfrons justamedulares, situam-se na transição córtex-medula (KNIGHT; NIGAM; CUTTER, 2020).

Intrinsecamente vinculada às funções previamente mencionadas, a atividade primordial dos rins reside na filtragem de resíduos do plasma sanguíneo, culminando na produção de urina. Entre os principais resíduos eliminados na urina, destacam-se compostos nitrogenados como uréia, ácido úrico e creatinina. Ademais, o processo de eliminação abrange resíduos metabólicos, toxinas, excesso de hormônios, água e eletrólitos (KALUCKI et al., 2020).

A formação da urina compreende três etapas essenciais. Inicialmente, ocorre a Filtração

Glomerular, na qual o filtrado renal é gerado, composto por componentes do sangue que são passíveis de filtração. Em seguida, ocorre a Reabsorção Tubular, durante a qual o organismo recupera 99% da água e dos eletrólitos presentes no filtrado renal. Por fim, a etapa de Secreção envolve a remoção de resíduos, como ureia, ácido úrico e metabólitos, por meio do túbulo contorcido distal e ducto coletor, sendo direcionados para compor a urina. Este processo complexo é fundamental para a homeostase do corpo, assegurando a eliminação apropriada de resíduos e a regulação adequada da composição do líquido corporal (TAYLOR, 2023).

Nessa direção, a insuficiência renal é caracterizada por danos temporários ou permanentes nos rins, resultando na perda da função renal normal. Dois tipos distintos de insuficiência renal são identificados: aguda e crônica. A insuficiência renal aguda apresenta um início abrupto e possui potencial reversível. Por outro lado, a insuficiência renal crônica progride de maneira gradual ao longo de pelo menos três meses, podendo culminar em insuficiência renal permanente (BRASIL, 2014). As causas, sintomas, tratamentos e desfechos associados à insuficiência renal aguda e crônica são discrepantes, demandando abordagens específicas para cada uma dessas condições (TAYLOR, 2023).

A insuficiência renal pode ocorrer em função de diversos motivos, como, por exemplo, as doenças do próprio aparelho urinário, as alterações sistêmicas que podem ter no rim um comprometimento secundário e algumas intercorrências iatrogênicas. Alguns grupos de pessoas são considerados mais propensos a desenvolver doenças do aparelho renal, como os idosos, pessoas do sexo masculino, diabéticos, hipertensos e pessoas com história familiar de nefropatias. Há doenças que afetam o sistema renal, como as nefrites (agudas ou crônicas), o cálculo renal, as infecções urinárias, o cisto renal simples, a cistite, entre outras (HOSUTON, 2014).

Por outro lado, existem condições consideradas fatores de risco quando associados ao comprometimento da função renal, tais como: obesidade, consumo proteico excessivo, hipoalbuminemia, hiperlipidemia, diabetes (dos tipos 1 ou 2), hipertensão arterial, doenças do aparelho circulatório, história de doença renal familiar, tabagismo, uso de agentes nefrotóxicos e, por fim o próprio nível econômico (WERMECK, 2008).

A insuficiência renal aguda (IRA) refere-se a um episódio súbito de falência renal ou dano renal que ocorre em um intervalo de horas a alguns dias. A IRA resulta na acumulação de resíduos no sangue, tornando desafiante para os rins manterem o equilíbrio adequado de líquidos no organismo. Além disso, a IRA pode exercer impacto em outros órgãos, incluindo o cérebro, coração e pulmões. Esta condição de lesão renal aguda é frequente em pacientes hospitalizados, especialmente em unidades de terapia intensiva, e manifesta-se com maior

incidência em idosos (TAYLOR, 2023).

A insuficiência renal crônica (IRC) é caracterizada pela presença de lesão renal com excreção urinária de albumina superior a 29 mg/dia ou redução da função renal, com Taxa de Filtração Glomerular inferior a 60 mL/min/1,73m² (60 mililitros/minuto/1,73 metros quadrados) por três ou mais meses. A classificação da DRC é baseada nos seis estágios da taxa de filtração glomerular (TFG) e nos três estágios da albuminúria. As manifestações clínicas podem incluir edema e hipertensão, embora alguns pacientes possam ser assintomáticos (BRASIL, 2014; KGROUP KDIGO, 2012).

Exames laboratoriais são importantes no diagnóstico da IRC, sendo comuns achados como aumento da creatinina sérica e concentração de ureia. Hiperfosfatemia, hipercalemia, hipocalcemia, elevação do paratormônio e acidose metabólica também podem ser identificados nos resultados laboratoriais. Preconiza-se que as pessoas hipertensas ou portadoras de diabetes devam realizar, pelo menos anualmente, dosagem de creatinina sérica e de proteinúria (SAMAAN et al., 2022; OGOMBIRO; TUMA, 2023).

2.2 A pessoa idosa e o contexto de saúde

As doenças crônicas podem acometer com maior prevalência as pessoas idosas, causando um impacto maior nas despesas relacionadas às internações hospitalares e custos familiares na compra de medicações de uso contínuo. Entre as principais doenças crônicas que afetam estas pessoas podem ser destacadas: as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as neoplasias, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), as doenças musculoesqueléticas (artrite e osteoporose), as doenças mentais (depressão e demências) e os déficits visuais, entre outros. Sabe-se que a hipertensão e o diabetes não controlados podem desencadear o comprometimento da função renal, levando ao desenvolvimento da DRC (WERMECK, 2008).

A prevenção das doenças renais crônicas está diretamente relacionada aos estilos e condições de vida das pessoas. Tratar e controlar os fatores de risco como diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e tabagismo são as principais formas de prevenir doenças renais. Essas doenças são classificadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que respondem por cerca de 36 milhões ou 63%, das mortes no mundo, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. No Brasil, em 2019, a mortalidade geral por DCNT correspondeu a cerca de 76% e os óbitos prematuros somaram 66,1%. As DCNT resultam em consequências devastadoras para indivíduos, famílias

e comunidades, além de sobrecarregarem os sistemas de saúde. A ocorrência é muito influenciada pelos estilos e condições de vida (MALTA; PEREIRA, 2023).

O governo federal lidera algumas estratégias para enfrentamento e tratamento de fatores de risco das DRC, por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para 2011-2022. Entre as metas propostas no Plano, destacam-se aquelas que possuem associação entre fatores de risco e o desenvolvimento da DRC, como reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DRC em 2% ao ano; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir o consumo médio de sal. Para a prevenção e o tratamento da DRC, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na Atenção Básica e Especializada, com a realização de transplantes (BRASIL, 2021).

- Pessoa idosa em insuficiência renal

Com o envelhecimento, inicia-se o declínio físico e, também, uma série de problemas de saúde, marcado por uma gradual diminuição de aptidões físicas, que conduzem às alterações nos hábitos de vida e nas rotinas pessoais, interfere no bem-estar dos idosos e pode resultar em apatia, insegurança ou isolamento social (COSTA 2016). Nas pessoas idosas, há uma maior mortalidade por doenças crônico-degenerativas, responsáveis pela maior frequência de internações hospitalares, consultas ambulatoriais e consumo de medicamentos, entre outros (MALTA; PEREIRA, 2023).

Entre os pacientes assistidos no contexto hospitalar encontram-se as pessoas idosas, que desenvolveram insuficiência renal, as quais, em algum momento deverão receber alta do ambiente hospitalar em direção aos seus locais de origem, seja para o domicílio ou para uma instituição de apoio (beneficente). Durante a permanência no hospital essas pessoas podem ter sido submetidas às sessões de hemodiálise para tentativa de reversão ou correção das possíveis causas associadas ao comprometimento da função renal. Em alguns casos, pode ocorrer a recuperação da função renal e o idoso não permanecerá dependente da diálise (WERMECK, 2008).

A insuficiência renal, apesar de ser geralmente causada por questões multifatoriais como, por exemplo, o tabagismo, o estilo de vida sedentário, o diabetes, a hipertensão arterial entre outras comorbidades, também possui relação direta com o envelhecimento. Nesse último caso, observa-se que os rins sofrem um envelhecimento natural, com a diminuição da

capacidade de taxa de filtração glomerular (TFG). Além do envelhecimento, a população de idosos com insuficiência renal está associada ao diabetes mellitus e hipertensão arterial, doenças estas que afetam diretamente a função dos rins e, mesmo no período pós-alta do hospital, o idoso pode necessitar de algum tipo de terapia renal de substituição, como a hemodiálise (NEVES et al., 2020; MIRANDA, MENDES, SILVA, 2017).

Segundo Bucharles, Pecoits-Filho (2009), outros preditores associam-se à progressão da nefropatia diabética, pois a hipertrofia renal está associada com o declínio inicial mais rápido na Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e o desenvolvimento de microalbuminúria na diabetes tipo 1; em pacientes com diabetes tipo II, a redução na TFG está frequentemente associada às complicações micro e macro vasculares, incluindo o desenvolvimento de microalbuminúria. Nas nefropatias não diabéticas, a hipertensão arterial é responsável por esta progressão e os pacientes hipertensos também apresentaram risco mais elevado de morte por todas as causas e desenvolvimento de doença renal terminal. Em associação com proteinúria, a hipertensão é associada a um maior risco de progressão de DRC.

A macroalbuminúria também é um preditor de perda progressiva de função renal e pode ser considerado um marcador de progressão de DRC; níveis elevados de fosfato também foram determinantes na progressão de DRC; inflamação sistêmica é um fator de risco não tradicional para doença cardiovascular e os marcadores inflamatórios estão associados à progressão de DRC, com níveis elevados de proteína C reativa; níveis elevados de apolipoproteína A-IV também foram identificados como preditores independentes de progressão de DRC, bem como a disfunção vascular. Outros fatores também já mencionados são: o tabagismo (fator de risco tradicional) e outros fatores não tradicionais, como: níveis plasmáticos de adiponectina e fatores genéticos de risco como variações no gene PRKCB1 (PRKCB pro Diabetes Mellitus teína quinase C beta - *Homo sapiens*, que codifica a proteína quinase C-P, que está associada com o declínio na TFG em diabéticos de tipo II) (BUCHARLES; PEKOITS-FILHO; 2009).

A estimativa para 2025 é que o Brasil tornar-se-á o país com um quantitativo significativo de idosos, ocupando o sexto lugar do mundo, com um crescimento maior para a faixa etária daqueles muito velhos, com tendência a onerar os custos hospitalares (SANTOS et al., 2018). É preciso que as políticas públicas assegurem o cuidado às doenças crônicas investindo em programas de saúde e de educação em saúde, objetivando estimular o fortalecimento da promoção de um envelhecimento saudável e possibilitar a redução das desigualdades sociais (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2017).

A partir da confirmação da insuficiência renal, ainda no ambiente hospitalar, o enfermeiro deve iniciar os preparativos para o planejamento da alta do idoso para o domicílio,

levando em consideração os principais preditores de progressão da doença. Como exemplos de preditores de pior prognóstico para a perda de função renal ao longo da evolução clínica podem ser destacados: níveis pressóricos, glicêmicos e de colesterol mal controlados; estadiamento da doença renal considerando que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença; presença de albuminúria e a sua intensidade; hábito do tabagismo; uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014; NEVES et al., 2020), entre outros.

Então, torna-se muito importante ao enfermeiro que construirá o plano de alta ao paciente idoso com insuficiência renal ter conhecimento sobre estes aspectos, para conseguir orientá-lo/ensiná-lo e/ou os seus familiares, no intuito de evitar desnecessárias reinternações.

- Plano de enfermagem para a alta hospitalar do idoso com insuficiência renal

O período de hospitalização do paciente tem sido abreviado por motivos diversos, seja devido aos custos elevados das internações, seja pelo constante progresso no setor de tecnologias em saúde e avanços das ciências médicas e farmacêuticas, dentre outros motivos. Neste contexto, o enfermeiro caracteriza-se como um dos principais agentes para assegurar a transição qualificada e segura da assistência em saúde do hospital para o domicílio (ARAÚJO, 2012).

A alta hospitalar responsável e, portanto, qualificada e segura, pode ser entendida como a continuidade dos cuidados, por meio da articulação com os níveis de atenção à saúde bem como do treinamento do cuidador familiar e possui algumas características específicas que devem ser observadas pelo enfermeiro.

A Portaria n.º 3.390/2013 do Ministério da Saúde dispõe que a alta responsável deverá ser realizada por meio de:

[Art. 17]

- I- Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS [Rede de Atenção à Saúde], em particular a Atenção Básica;
- III- Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013).

Entretanto, para Flesch, Araújo (2014), em se tratando de pessoas idosas, o planejamento desta alta precisa ser muito cuidadoso e qualificado, pois o estado de saúde do idoso com doença crônica pode piorar, impondo-se uma e/ou mais hospitalizações; na maioria das situações, os cuidados não cessam simplesmente com a saída do hospital; em geral, há a necessidade de mudanças dos hábitos de vida e ajustes às rotinas familiares, para lidar com incapacidades e os

tratamentos advindos, mostrando que a alta hospitalar traz insegurança e, se não for bem orientada, suscitará re-hospitalizações.

Pesquisa observacional transversal foi realizada com 156 idosos, após internação em hospital público, localizado no interior paulista. Os autores obtiveram os dados em prontuários eletrônicos dos pacientes e, também, por meio de ligações telefônicas aos idosos, seus familiares e/ou cuidadores, até quatro semanas após alta hospitalar. Utilizaram um questionário com dados sociodemográficos e o instrumento *Care Transitions Measure*, versão validada para o Brasil. Tornou-se evidente que a qualidade da Transição do Cuidado no hospital ficou próxima do valorconsiderado satisfatório; entretanto há, ainda, a necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta do hospital para casa, principalmente, no que se refere a preferências asseguradas e plano de cuidado dos idosos (TOMAZELA et al., 2023).

No sul do Brasil, apesar de não ser especificamente com pacientes idosos, estudo objetivou avaliar a qualidade da transição do cuidado daqueles com doenças crônicas e verificar sua associação com reinternação hospitalar até 30 dias após a alta. Foi uma pesquisa epidemiológica e transversal com 210 pacientes internados com doenças crônicas. Foi utilizado o instrumento *Care Transition Measure-15*, por meio de contato telefônico e, para identificar reinternações em até 30 dias, consultou-se o sistema de gestão hospitalar. Os autores concluíram que a qualidade da transição do cuidado de pacientes crônicos das unidades de internação clínica para o domicílio apresentou indicador satisfatório; entretanto, não foi encontrada associação entre a qualidade da transição do cuidado e a readmissão hospitalar até 30 dias após a alta (ACOSTA et al., 2020).

Outra investigação realizada na região Sul do Brasil com pacientes crônicos objetivou apreender, conforme a perspectiva deles, os motivos de suas reinternações. Participaram 19 pacientes de um hospital geral; os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, submetidos à análise de conteúdo e agrupados em categorias. Tornou-se evidente que os pacientes atribuíam a ocorrência de reinternação às suas condições de vida e aos determinantes sociais. Eles acreditavam que seguir orientações médicas e tomar os medicamentos prescritos poderiam evitar novas internações, mas não faziam associação dessas ações com outras de autocuidado. Os autores concluíram que o planejamento da alta hospitalar constitui oportunidade para agregar novas ações de autocuidado listadas a partir das reais demandas individuais, para evitar serem novamente internados (TESTON et al., 2016).

Então, percebe-se que o momento da alta hospitalar é de vital importância e, nessa etapa, podem ocorrer fragilidades que colocam em risco a vida do paciente. No cenário do idoso em insuficiência renal essa fragilidade pode se tornar mais destacada, tendo em vista que podem

surgir eventos adversos no momento pós-alta, tais como: erros de medicações, uso de serviços emergenciais, reinternações, dentre outros. Neste caso, para garantir a segurança do paciente é necessário repensar práticas seguras e esforços que garantam a continuidade do cuidado ao idoso em domicílio ou para outros contextos de saúde (ACOSTA et al., 2018).

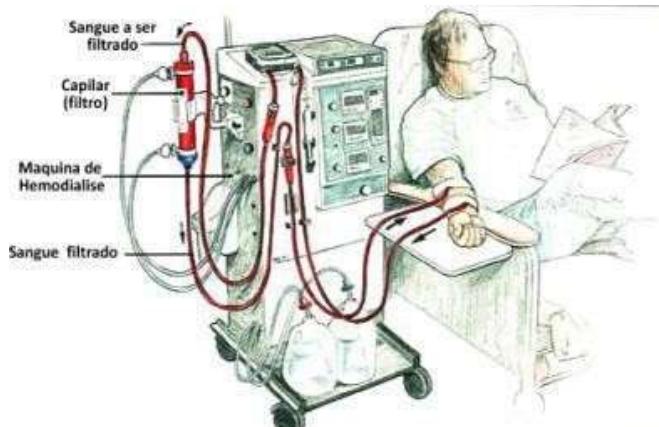
- insuficiência renal e a Terapia Renal Substitutiva (TRS)

Quando os rins não conseguem realizar suas funções, é necessário realizar a chamada Terapia Renal Substitutiva (TRS), que consiste em uma das modalidades de substituição da função renal por meio dos seguintes procedimentos: Hemodiálise; Diálise peritoneal ou Transplante renal.

A insuficiência renal pode acontecer de forma aguda, quando há a possibilidade de restabelecimento das funções dos rins, ou crônica, quando não há essa possibilidade. Nesse último caso, faz-se o tratamento dialítico, hemodiálise ou diálise peritoneal para que as respectivas máquinas realizem as funções dos rins ineficientes.

A hemodiálise trata-se de um procedimento que filtra o sangue, retirando substâncias que, quando em excesso, trazem prejuízos ao organismo, como a ureia, o potássio, o sódio e a água. O procedimento é realizado utilizando-se um dialisador (capilar ou filtro), o qual é formado por um conjunto de linhas, caracterizadas como pequenos tubos, os quais são conectados a uma máquina de hemodiálise, conforme se pode observar na Figura 4, na sequência. Durante a diálise, parte do sangue é retirado do corpo, passa através da linha em um lado, onde o sangue é filtrado e retorna ao paciente pela linha do lado oposto (SANTOS et al., 2018).

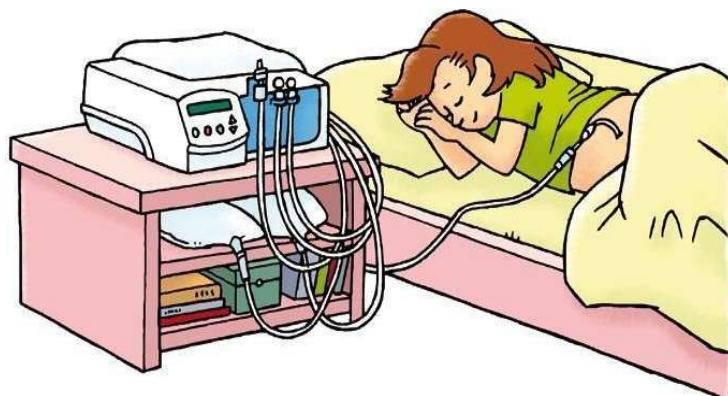
Figura 4 - Máquina montada durante uma sessão de diálise.



Fonte: <https://www.clinicadorimrs.com.br/especialidades>

A Diálise Peritoneal é um procedimento que consiste em utilizar a membrana peritoneal (membrana que envolve os órgãos abdominais) como um filtro, retirando assim as toxinas e o excesso de líquido do corpo. A infusão e drenagem do líquido de diálise pode ser feita manualmente (geralmente 4 x/dia) ou por meio de máquina cicladora durante o período de repouso. Geralmente esta modalidade de tratamento é feito no domicílio do paciente, mas pode ser realizada também no ambiente hospitalar (CAMPOS et al., 2019). A Figura 5 ilustra uma cicladora montada durante uma sessão de diálise peritoneal.

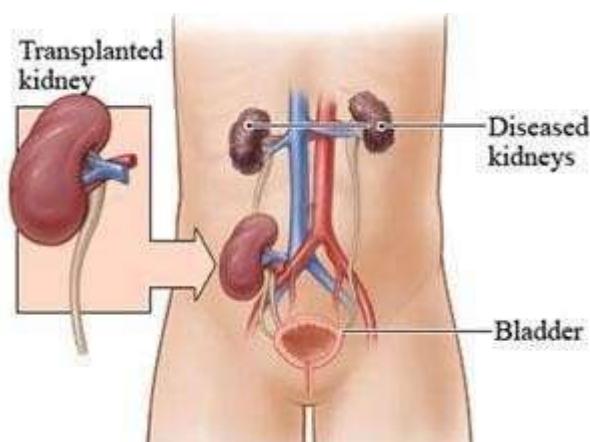
Figura 5 - Diálise Peritoneal.



Fonte: <https://www.hsjose.com.br/noticias/ver/paciente-executa-seu-proprio-tratamento-por-meio-dialise-peritoneal-165>

Por outro lado, o Transplante Renal consiste em um procedimento cirúrgico em que um rim saudável de uma pessoa (doador) é inserido no corpo de outro indivíduo (receptor), conforme pode ser observado na Figura 6. O rim doado substituirá a função daquele que entrou em falência (KOCHHANN; FIGUEIREDO, 2020).

Figura 6 - Transplante renal.



Fonte: <http://www.nefroclinica.com/medico/transplante-renal/>

No âmbito hospitalar o Serviço de Hemodiálise constitui um desafio importante para o profissional enfermeiro. Este setor possui numerosas complexidades inerentes ao desenvolvimento da própria gestão e o preparo do profissional que atua neste tipo de setor é fundamental para atender às demandas de saúde próprias do ambiente. A organização da assistência de enfermagem em nefrologia, neste contexto, necessita oferecer segurança e efetividade no cuidado, principalmente do idoso, objetivando não agravar a condição clínica destes pacientes (MELO et al., 2020).

Algumas ações podem garantir que os procedimentos dialíticos sejam realizados de maneira segura, tais como: elaboração de protocolos específicos para a área da hemodiálise; desenvolvimento do Processo de Enfermagem, com todas as suas etapas, principalmente com relação à escolha dos diagnósticos e prescrições de enfermagem; construção de ferramentas para a segurança do paciente em diálise; elaboração de conteúdo para a educação contínua dos enfermeiros; análise e escolha de estratégias para educação do portador de insuficiência renal, entre outros processos (VERAS, OLIVEIRA, 2018; SOPPA et al., 2019).

- Tecnologias Educativas e a Educação em Saúde para a transição de cuidados em domicílio

O enfermeiro deve explorar o uso de tecnologias educativas voltadas para a saúde como forma de garantir que o idoso e seus familiares obtenham conhecimentos mais amplos sobre cuidados que garantam um melhor acompanhamento da evolução do quadro clínico desse paciente. Atualmente podem ser encontrados no mercado uma série de artefatos provenientes do setor de Informática em Saúde que podem auxiliar o profissional na qualidade da assistência ofertada aos idosos que desenvolveram insuficiência renal, a exemplo de dispositivos móveis de (auto)monitoração e a telemedicina; entretanto, o profissional pode utilizar-se das ferramentas que tem disponíveis em seu ambiente laboral (LOBO, 2018; FERREIRA, RAMOS, TEIXEIRA, 2021; TABUTI et al., 2022) e/ou solicitar a aquisição de novas.

Supõe-se, então, que as tecnologias educacionais direcionadas às pessoas idosas com insuficiência renal atendidas em Serviços de Hemodiálise hospitalar são importantes, pois podem facilitar o seu processo de educação, visando garantir uma melhor qualidade em saúde e maior expectativa de vida. Torna-se necessário que o enfermeiro encontre maneiras eficazes e efetivas de gerenciar o Serviço de Hemodiálise, melhorar a qualidade do serviço prestado, manter a segurança nos procedimentos dialíticos, evitar riscos desnecessários em saúde e educar o paciente para que o mesmo não apresente piora da função renal (SIQUEIRA, CEZAR, ACIOLI, 2017).

As intervenções terapêuticas relacionadas ao tratamento proposto para idosos com DRC na fase não dialítica são voltadas ao controle, principalmente, da hipertensão arterial e do diabetes, tornando assim, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde uma prática importante para estimular aquela pessoa idosa com injúria renal a participar do seu autocuidado (LUCCA, 2020), evitar a doença renal em fase dialítica e obter melhor qualidade de vida. Sendo assim, cabe ao enfermeiro orientar a clientela sobre práticas de saúde saudáveis, as quais podem ser elaboradas utilizando-se tecnologias como, por exemplo, materiais explicativos (impressos ou digitais) contendo as informações necessárias que irão assegurar a continuidade dos cuidados em domicílio e tentar, a partir daí, reduzir os índices de internações hospitalares e de mortalidade associados à insuficiência renal (GONÇALVES, 2018; BENITES, 2022).

Assim, diante do exposto, esta revisão objetivou fornecer um aporte teórico para a construção de um plano de enfermagem para alta hospitalar qualificada da pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio, como estratégia de educação em saúde.

No plano de enfermagem para a alta do idoso para o domicílio deve ser contemplada também a estratégia de prevenção da progressão da insuficiência renal, embasada em protocolos específicos, como, por exemplo, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica, instituídas pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2014). E considerando-se que existem várias Teorias de Enfermagem (TE), torna-se importante que uma delas possa embasar o plano de alta do idoso para o domicílio ou lar de acolhimento, tornando-o, assim, mais fortalecido, científico e robusto.

- As teorias de enfermagem e o exercício profissional

A Enfermagem é uma profissão voltada para assistir e cuidar do ser humano em suas necessidades, especialmente quando este se encontra fragilizado por processos mórbidos, físicos, mentais ou espirituais, necessitando de ajuda e acolhimento. Com um longo legado como profissão de cuidar e curar, a enfermagem tem o cuidado como um dos conceitos centrais de sua ciência (KALFOSS et al., 2016). Para realizar esse cuidado, o enfermeiro se utiliza de um conjunto de conhecimentos que possibilita buscar resolutividade para os fenômenos de saúde (BALDUINO, MANTOVANI, LACERDA, 2009). Esse cuidado, que possui um amplo conceito, apresenta variações na forma como é compreendido, pesquisado e praticado (MUDD et al., 2020). O enfermeiro realiza o cuidado por meio de um processo, uma sequência de passos, mediante uma interação entre ele e o paciente/cliente, utilizando conhecimento científico, habilidades, pensamento crítico, criatividade e comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado

para promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana (MUDD et al., 2020).

O processo de interação entre o enfermeiro e o paciente terá maior êxito se for articulado em teorias e referenciais conceituais de Enfermagem. Nesse sentido, as TE podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional, pois têm auxiliado na orientação dos modelos clínicos da enfermagem e têm possibilitado que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Elas compõem o conhecimento disciplinar e científico e manifestam-se nas escolas de pensamento; então, tais escolas apresentam diferentes perspectivas para o desenvolvimento e uso do conhecimento disciplinar na prática assistencial. As TE ajudam a reconhecer o que deve estabelecer a base da prática, descrevendo explicitamente a enfermagem; auxiliam os enfermeiros a compreender seu propósito e papel no ambiente de saúde; justificam e apresentam razões científicas para as intervenções de enfermagem e fornecem aos enfermeiros a base de conhecimento necessária para agir e responder adequadamente nas situações de cuidado de enfermagem. Fornecem os fundamentos da prática de enfermagem, geram mais conhecimento e indicam qual direção à enfermagem deve se desenvolver no futuro (BROWN, 1964). Com essa compreensão, entende-se que o enfermeiro consegue prestar esse cuidado, com o planejamento científico de suas intervenções, considerando os determinantes dos distintos cenários em que atua.

Então, reafirma-se que o exercício profissional em enfermagem requer embasamento teórico e científico indispensáveis ao desenvolvimento de boas práticas no contexto da saúde. Nesse sentido, torna-se imprescindível a busca por teorias e conceitos que darão suporte ao conhecimento do enfermeiro, em sua prática diária. O campo da saúde caracteriza-se como amplo e complexo e, portanto, faz-se coerente a procura por teorias úteis e relevantes nesta área (BRANDÃO et al., 2019).

Acrescidos ao cuidado de saúde existem conceitos já incorporados, como: adaptação, conforto, transição entre outros. Desde a formação acadêmica, torna-se necessário o conhecimento científico sobre as TE para que o estudante e futuro profissional consiga obter uma visão mais acurada sobre o contexto do qual tomará parte. Além disso, existe uma relação intrínseca entre teoria, desenvolvimento prático de enfermagem e pesquisa, a qual não deve ser ignorada.

As teorias possuem finalidades específicas relacionadas à prática assistencial em enfermagem, tais como: descrever, explicar, diagnosticar, prescrever critérios para o cuidado

em saúde, validando a enfermagem como profissão e como ciência (BOUSSO, POLES, CRUZ, 2014).

Acessar e estudar as TE podem proporcionar, além do aprofundamento teórico de seus conceitos, a sua utilização no âmbito da vivência cotidiana da prática assistencial e, assim, as teorias podem revelar, sugerir e apoiar o planejamento do enfermeiro, sobre o que fazer e como executar este fazer e, além disso, responderàs suas expectativas e as apresentadas pelos pacientes (COSTA, 2016).

O interesse pelas TE vem sendo observado nas últimas décadas, principalmente a partir dos anos de 1950, quando houve um aumento significativo no desenvolvimento de tecnologias avançadas no mercado da saúde. Neste contexto, observou-se que a enfermagem começava a buscar teorias que a ajudassem a estabelecer-se como ciência e profissão, bem como a obter maior autonomia e independência em relação às ciências médicas (MATOS et al., 2011).

As primeiras teorias, surgidas em torno da segunda metade do século passado, auxiliaram a construção inicial do conhecimento da profissão, isto é a visão da Enfermagem como ciência; essas grandes teorias retratam as relações dos elementos- chaves e a forma de organizar o cuidado, por meio de processo de enfermagem específico. A partir dos anos 2000, crescem as teorias de médio alcance, voltadas para situações da prática; estas fornecem uma maneira prática para os enfermeiros conectarão as perspectivas filosóficas da disciplina com o mundo real e as aplicações da teoria à prática clínica (BRANDÃO et al., 2018). Mais recentemente, as teorias de situações específicas surgem voltadas para situações da prática em contextos específicos e com elementos mais concretos e aplicáveis (FAWCETT, 2013).

As expectativas pessoais, a própria formação acadêmica, o assunto de interesse, os propósitos profissionais, podem influenciar o enfermeiro na escolha de determinada teoria. Neste cenário, o pensamento do enfermeiro, suas atitudes na prática assistencial, seu modo de analisar ou enxergar a realidade, sua maneira de olhar o mundo, poderão ser influenciados e direcionados conforme a teoria de sua escolha. Daí a necessidade do conhecimento sobre as teorias da enfermagem desde a graduação. Por outro lado, observa-se um distanciamento entre o que é considerado ideal com relação à formação acadêmica e a prática profissional (ALVES et al., 2021).

- A Teoria da Transição de Cuidados

Após uma revisão aprofundada da literatura, a Teoria da Transição de Cuidados emergiu como a escolha principal para orientar a prática de enfermagem. Esta teoria destaca-se por sua

relevância na compreensão das transições de cuidados, fornecendo um arcabouço conceitual robusto para guiar a prática clínica. Sua aplicação tem sido amplamente reconhecida por sua capacidade de melhorar os resultados dos pacientes, facilitando a transição entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Destaca-se que o período de mudanças vivenciadas pelo idoso em insuficiência renal pode trazer resultados não saudáveis, dependendo da maneira como ocorrer a transição de cuidados do ambiente hospitalar para outro ambiente, o domiciliar, por exemplo. Neste cenário, a Teoria das Transições, proporciona ao enfermeiro um conhecimento mais ampliado sobre o idoso e suas necessidades, o que pode favorecer resultados saudáveis.

Idealizada pela enfermeira egípcio-americana e pesquisadora Afaf Ibrahim Meleis, a Teoria da Transição tem influenciado pesquisas em diferentes países, como o Brasil (Figura 7).

Figura 7 - Afaf Ibrahim Meleis

Afaf Ibrahim Meleis

1942–present



- **She was born in Alexandria, Egypt.**
- **Her mother was the first person in Egypt to obtain nursing PhD from and Egyptian university.**
- **Meleis completed her nursing degree at the University of Alexandria, Egypt.**
- **She received an MS in nursing from the University of California, Los Angeles in 1964 and MA in sociology in 1966,**
- **PhD in medical and social psychology in 1968.**

Fonte: <https://pt.slideshare.net/slh87/transitions-theory-afaf-meleis>

Meleis é especialista em saúde de mulheres e imigrantes, saúde global, Teoria das Transições e conhecimentos de enfermagem. A enfermeira participou de atividades de pesquisa em países como o Kuwait, por exemplo, onde obteve contato direto com comunidades e culturas do país, começando assim, a formular questões de pesquisa sobre os imigrantes, sobre as transições de imigração e seus impactos nas experiências de saúde; o foco de seus estudos eram

as mulheres vulneráveis (COSTA, 2016).

Foi a partir destes estudos relacionados com a imigração, que Meleis e sua equipe desenvolveram a Teoria das Transições, objetivando compreender quais as experiências, as respostas e as consequências da mudança para pacientes, famílias, comunidades e organizações (COSTA, 2016).

Então, as mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição e os pacientes que se encontram em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem, por sua vez, afetar a sua saúde; a descoberta destes riscos pode ser melhorada através da compreensão deste processo de transição. Meleis et al. (2000) entendem que a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e necessita, por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do self.

Caracteriza-se, então, pela passagem do indivíduo entre dois períodos os quais são relativamente estáveis e pode ser definida como um conjunto de ações que visam assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado, quando o indivíduo é transferido de um ambiente a outro. Constitui-se em uma estratégia cuja finalidade é a garantia do cuidado integral da pessoa doente, durante a sua permanência no hospital e no pós-alta hospitalar. No entanto, observa-se que esse percurso realizado pelo indivíduo em adoecimento pode provocar alterações significativas no estado de saúde e até mesmo o desequilíbrio das faculdades orgânicas (ACOSTA et al., 2018).

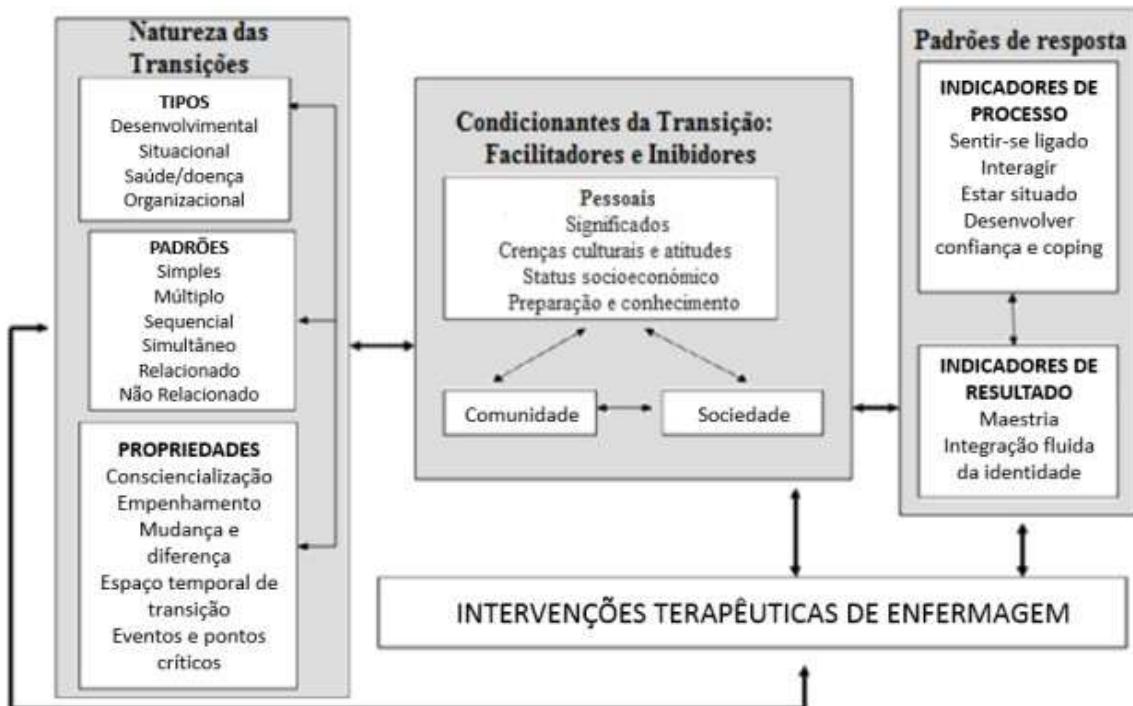
Como se trata de um processo de mudança de um estado ou condição para outro, é complexo e multidimensional que abrange consciência, envolvimento e período. Então, assistir os pacientes no gerenciamento das transições de vida é uma função fundamental da enfermagem. A transição do hospital para casa é muitas vezes um processo ternário que envolve pacientes, familiares e prestadores de cuidados de saúde e o objetivo comum para as partes interessadas envolvidas é que as pessoas idosas sejam capazes de fazer transições saudáveis após a alta hospitalar, conforme as metas estabelecidas ou são apoiados em transição problemáticas de cuidados (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

As propriedades universais das transições são processo, direção e mudança nos padrões fundamentais de vida. Nos níveis individual e familiar, as mudanças que ocorrem nas identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento constituem transições. No nível organizacional, a mudança transicional é aquela que ocorre na estrutura, função ou dinâmica. As condições que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências das transições são os significados, as expectativas, o nível de

conhecimento e habilidade, o ambiente, o nível de planejamento e o bem-estar emocional e físico. Os indicadores de transições bem-sucedidas são o bem-estar subjetivo, o domínio do papel e o bem-estar dos relacionamentos (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

Uma figura mostrando a Teoria de Transições de Meleis foi encontrada traduzida para o português do Brasil e encontra-se na sequência:

Figura 8 - Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance



Fonte: (GUIMARÃES; SILVA, 2016).

As transições podem ser desenvolvimental (relacionadas com mudanças no ciclo vital), situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacionais (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional) (MELEIS et al., 2000).

Esta colocação pode ser constatada em estudo nacional desenvolvido entre 2014 e 2015, período em que foram consultadas as obras da Meleis e que identificou transições relevantes para a enfermagem, considerando a desenvolvimental, a situacional, a saúde-doença e a organizacional; tais tipos podem ocorrer simultaneamente, tanto ao nível individual como familiar, semelhante à proposição de Schumacher, Meleis (1994), conduzindo às alterações de comportamento e obtenção de comandos diante da situação, ao encontrarsignificados e controle.

Em geral, as transições são antecipadas por algum acontecimento marcante, que requer enfrentamento de estratégias, desenvolvimento de novas competências, funções e relações (COSTA, 2016).

Existem situações que podem favorecer o processo de transição do indivíduo, gerando equilíbrio e promovendo a qualidade de vida. Dentre essas situações que podem ser citadas: os significados que a pessoa possui acerca da experiência do adoecimento; as crenças culturais; as atitudes frente à doença; o apoio da comunidade; as informações sérias e relevantes obtidas de profissionais de saúde; o preparo antecipado e os esclarecimentos sobre o processo de adoecimento provenientes de fontes respeitáveis, dentre outros aspectos (MELEIS et al., 2000).

Por outro lado, há situações que podem dificultar o processo da transição saudável, como, por exemplo: vivenciar a experiência da doença de forma solitária, sem compartilhar com o outro; baixas condições socioeconômicas gerando falta de recursos para suportar uma determinada situação; o suporte inadequado da comunidade; os conselhos não solicitados ou negativos; a falta de preparo e de conhecimento antecipado acerca do impacto da doença; presenciar negatividades dos outros, além de outras situações (COSTA, 2016; MELEIS et al., 2000).

Sendo assim, torna-se relevante que o enfermeiro compreenda qual o seu papel no cuidado ao idoso que vivência a experiência da doença renal. Importante ainda que este profissional conheça quais as intervenções de enfermagem são mais apropriadas a cada situação vivenciada pelo idoso, quais são as expectativas deste público vulnerável, quais os seus sentimentos, as suas crenças (TAVARES, 2020; MELEIS et al., 2000). Agindo assim, o enfermeiro estará contribuindo para diminuir as readmirações hospitalares.

A prática clínica e a literatura mostram divergências acerca do que deveria ser realizado pelo enfermeiro durante a transição de cuidados do paciente em alta do hospital para o domicílio. Internacionalmente a prática da transição é largamente estudada e vivenciada na área da saúde. No Brasil, porém, as pesquisas sobre essa temática ainda se mostram incipientes.

Transições saudáveis são caracterizadas por padrões de respostas que incluem indicadores de processo (por exemplo, habilidades de enfrentamento) e indicadores de resultados (por exemplo, bem-estar). Algumas condições de transição ao nível individual (por exemplo, crenças culturais, atitudes, prontidão e conhecimentos relacionados com a transição), ao nível comunitário (recursos e apoio comunitário) e ao nível social (normas sociais) podem facilitar ou inibir a saúde (MELEIS et al., 2000).

São apontados na literatura os seguintes requisitos para acontecer a transição adequada de cuidados: identificar as necessidades do paciente no domicílio e estabelecer estratégias

para facilitar sua recuperação; orientar tanto o paciente quanto o cuidador no preparo pós-alta, estimulando as potencialidades do autocuidado no domicílio; fornecer orientações, preferencialmente antes da alta hospitalar, evitando dessa maneira, acúmulo de informações e falta de entendimento por parte do paciente e cuidador; planejar a alta com a equipe multidisciplinar; elaborar um plano de alta individualizado, descrevendo quais os principais cuidados que o paciente e o cuidador deverão ter no domicílio; comunicar à equipe de saúde de referência do paciente sobre o retorno deste à comunidade; acompanhar o paciente no período pós-alta do hospital, tendo em vista que a articulação dos serviços da rede de atenção à saúde é fundamental para assegurar o acompanhamento após a alta e a continuidade dos cuidados (MOURA, VERAS, 2017).

Por outro lado, observa-se que a realidade apresenta-se complexa e com assistência fragmentada do enfermeiro junto ao paciente. Destacam-se os seguintes obstáculos observados na prática clínica: desorganização da alta hospitalar com falta de protocolos instituídos; pouca informação ao paciente e cuidador relacionados ao segmento para depois que sair do hospital; a dedicação do enfermeiro para as atividades administrativas, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo, a comunicação ineficaz entre o enfermeiro e o médico; a falta de suporte e estrutura no sistema de saúde; o pouco conhecimento sobre o tema e falta de reconhecimento de que a transição do cuidado é uma atribuição do enfermeiro; fragilidades na pactuação entre os serviços de saúde para realizar o encaminhamento dos pacientes do hospital para a atenção primária à saúde; não acompanhamento do paciente por meio de visita domiciliar e ligações telefônicas, pouca formação em serviço (ACOSTA et al., 2018; ACOSTA et al., 2020).

A Teoria de Transição de Meleis foi utilizada por alguns autores de enfermagem brasileiros em suas teses/dissertações/artigos, tais como: Mota (2014) que estudou o processo de transição da pessoa ostomizada da dependência de cuidado para o autocuidado, Beserra (2018) que estruturou um subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres com HIV e AIDS, tendo como suporte teórico a Teoria das Transições de Meleis; Ribeiro (2019), que objetivou compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita, entre outros.

Esta Teoria também foi usada em estudos internacionais, como: no Reino Unido, cujos autores indicaram que a Teoria mostrou-se ressonante, em termos de explicar as experiências de sofrimento psicossocial dos pacientes de cuidados intensivos durante a transição para os cuidados gerais baseados na enfermaria no de Korukcu, Deliktaş, Kukulu (2017) na Turquia, destacando que com a Teoria da Transição de Meleis o enfermeiro consegue compreender o processo de transição para a maternidade das mães de bebês com

necessidades de cuidados especiais e consegue preparar um programa de orientação para famílias com bebês portadores de anomalias congênitas, para a adaptação da família à situação destas crianças e à necessidade de cuidados pós- parto; no de Davies (2005) no Reino Unido, indicando que esta teoria teve o potencial de ajudar os enfermeiros na identificação de estratégias adequadas para apoiar os familiares durante o período de transferência de uma pessoa idosa para um lar de idosos; no de Ruel, Ramirez, Arbour (2021), do Canadá que realizaram uma revisão da literatura cuja análise e síntese dos dados basearam-se na teoria proposta por Meleis, mostrando que a transição do hospital para casa após a cirurgia colorretal é complexa e uma compreensão holística deste fenômeno pode ajudar os enfermeiros a reconhecer o que precisam fazer para otimizar a recuperação domiciliar desta clientela, entre outros.

A Teoria de Transição de Meleis, conforme interpretada por Mota (2014), Beserra (2018) e Meleis e Ribeiro (2019), apresenta diversas possibilidades que podem auxiliar a pesquisadora, que é enfermeira, na elaboração de um plano de alta para pacientes nefrológicos em transição para o ambiente domiciliar. A aplicação desta teoria busca minimizar os riscos de reinternação, visando uma transição segura e eficaz para o paciente.

- Plano de alta hospitalar conforme a Teoria da Transição de Meleis

As pessoas idosas que enfrentam doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grupo de indivíduos em situação de vulnerabilidade, tornando-se um verdadeiro desafio para o setor de saúde, de modo geral, tendo em vista que estão sujeitos aos riscos importantes, tanto durante a internação hospitalar (como, por exemplo, infecções, eventos adversos, declínio funcional, quedas), quanto no período pós-alta hospitalar.

As DCNT caracterizam-se por sua longa duração, recorrência e prolongamento, o que demanda deslocamentos frequentes entre o hospital, a comunidade e o ambiente doméstico para acessar os diversos níveis de cuidado. A transição do ambiente hospitalar para o domicílio representa um desafio significativo para os idosos afetados por essas doenças. Práticas inadequadas de transição de cuidados podem estar associadas a um maior risco de resultados adversos e taxas de readmissão elevadas (SUN et al., 2023).

Esta transição do hospital para casa é muitas vezes um processo ternário que envolve pacientes, familiares e prestadores de cuidados de saúde e o objetivo comum para as partes interessadas envolvidas é que as pessoas idosas sejam capazes de fazer transições saudáveis após a alta hospitalar consoante às metas estabelecidas ou são apoiados em transições

problemáticas de cuidados (SUN et al., 2023)

O Enfermeiro, como o profissional mais indicado para elaborar o plano de alta e em colaboração com a equipe multiprofissional da instituição que abriga o idoso com DCNT deverá organizá-lo de maneira responsável, objetivando contribuir para a realização de melhores práticas nos processos de desospitalização e transição do cuidado do hospital para o domicílio (GOMES et al., 2021).

Estudo de Rodrigues et al. (2013) objetivou examinar a transição do cuidado com o idoso, junto às famílias que cuidam daqueles que sofreram o primeiro episódiode acidente vascular cerebral (AVC), sob a perspectiva da cultura construída pela família. Foi identificado que a pessoa idosa pós-AVC passa por estágios desde o tratamento ao nível hospitalar até o cuidado em casa; a transição desse cuidado é um momento que apresenta dificuldades para a família, que precisa lidar com novas situações, desde as atividades do cotidiano até aquelas de cuidados complexos. As famílias, ao longo da vida, construíram tipologias de cuidado sob a perspectiva da cultura, que elas mesmas construíram; então, os enfermeiros devem conhecer essas tipologias e propor modelos de atenção ao idoso, com base num referencial de cuidado em que a cultura do cuidado seja inserida nesse processo.

A Teoria de Transição dos Cuidados foi aplicada em variadas situações abordando as pessoas idosas. Son, You (2015) na Coreia, apontaram que sãonecessários cuidados de transição eficazes para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas com doenças crônicas e evitar a descontinuidade dos cuidados e os eventos adversos. Sendo assim, os enfermeiros precisam contribuir para o desenvolvimento de cuidados de transição para populações vulneráveis; no entanto, os autores propõem que a Teoria da Transição precisa ser melhorada com a realização de trabalho teórico adicional e avaliações repetidas da aplicabilidade em áreas de cuidados de transição.

Sun et al. (2023), com pesquisadores da China e das Filipinas, identificaram potenciais elementos facilitadores e inibidores de transição para pessoas idosas que chegam em transição do hospital para casa. Entre esses elementos estão: a resiliência dos idosos representadas pelos benefícios percebidos de ir para casa, pensamentos positivos, mudanças no estilo de vida e envolvimento na autogestão para se readjustar no ambiente familiar, tornar-se independente e estabelecer novas rotinas; mas também dificuldades no autogerenciamento na vida diária, nos cuidados profissionais e nos cuidados de acompanhamento, como vestir-se, alimentar-se, banhar-se e transportar-se, medicamentos, feridas, consultas de acompanhamento, entre outras. Quanto às conexões e relacionamentos interpessoais dos idosos concentraram-se entre os cuidadores familiares (incluindo cônjuges, filhos, vizinhos, amigos) e prestadores de cuidados

de saúde; a coordenação dos cuidados, as abordagens aos cuidados e os fatores da força de trabalho; também foram consideradas a descontinuidade e impotência, a perda de papéis e relacionamentos, a vida diária e atividades de laser e as lacunas no conhecimento sobre autocuidado.

Em relação à transferência ininterrupta da cadeia de abastecimento de cuidados, foi constatado como sendo bom o fato da comunicação ter sido considerada importante na coordenação do cuidado, com as equipes multidisciplinares compartilhando informações fidedignas. Outros facilitadores incluíram o envolvimento de pacientes e familiares nas decisões e discussões de planejamento de alta, a capacidade dos pacientes e familiares para adicionar e compartilhar informações mais diferenciadas à medida que se deslocavam pelos ambientes de cuidados de saúde, sistema eletrônico bem desenvolvido e informações escritas com uma perspectiva holística; alguns elementos inibidores foram o pessoal inadequado, os pacientes sentindo-se abandonados edesamparados pela organização, pois não receberem cuidados e assistência precisos da equipe de saúde no momento certo, ou quando mais precisavam, a distância que os pacientes moravam, e a adesão à autoridade médica, que também dificultaram a prestação de cuidados (SUN et al., 2023).

A transição do cuidado considerada ideal foi representada simbolicamente por uma ponte, contendo cerca de 10 (dez) domínios focados na atenção integral do paciente, sendo que, dentre eles, o planejamento para alta constitui um dos principais. Estes domínios são os seguintes, conforme se pode observar na figura 6: comunicação de informações; organização; clareza e disponibilidade, em tempo hábil de informações; segurança das medicações; educação do paciente e promoção do autogerenciamento; suporte social; planejamento antecipado dos cuidados; coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde; monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; acompanhamento ambulatorial (BURKE et al., 2013).

Figura 9 - Componentes essenciais para a transição do cuidado



Fonte: (BURKE et al., 2013).

Dessa maneira, os cuidados de transição permitem ao Enfermeiro realizar orientações importantes aos idosos e familiares, fato que ajuda a diminuir as visitas às unidades hospitalares, diminuir os custos com as internações, diminui as chances de erros de continuidade de cuidados nas transições. Por outro lado, esses cuidados, quando ideais, aumentam a qualidade de vida e a funcionalidade dos idosos. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais envolvidos no processo de transição desenvolvam habilidades importantes, como a capacidade de estabelecer parcerias e de trabalhar a educação em saúde, visando promover a segurança do paciente idoso (WEBER et al., 2017).

2.3 Evidencias científicas sobre o plano de alta de enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio

Trata-se de uma revisão de escopo. Essa é uma análise de escopo, de acordo com o Manual de Síntese de Evidências do Instituto Joanna Briggs (JBI), a área da saúde baseada em evidências está em contínua expansão. O aumento da acessibilidade das chamadas investigações primárias resulta, por sua vez, na ampliação e no aprimoramento das análises de revisão. Diversas formas de evidências, ao lado de diferentes objetivos e questões de revisão, levaram ao desenvolvimento de novas táticas destinadas a reunir as evidências de forma mais eficaz e meticulosa. As Revisões de Escopo, conhecidas como Scoping Reviews, representam uma categoria de revisão que faz parte das denominadas “novas metodologias” (PAGE et al., 2020).

Os artigos foram escolhidos com base em critérios específicos que seguem o acrônimo PICO (população, intervenção, comparador, desfechos e desenho do estudo). A população em questão consiste em pessoas idosas, ou seja, aquelas com 60 anos ou mais; como intervenção, a implementação de cuidados de transição para idosos após a alta do hospital; como comparador, a falta de cuidados de transição após a alta hospitalar; Em desfecho, a eficácia dos cuidados de transição para idosos após a alta hospitalar é abordada, com "eficácia" sendo interpretada como a melhoria em qualquer critério avaliado nas pesquisas consideradas, em comparação entre a presença e a ausência desses cuidados.

Foi realizada uma revisão de escopo cuja pergunta norteadora foi: como um plano de alta de enfermagem para idosos com insuficiência renal em processo de transição para o domicílio pode contribuir com o processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a população idosa?

A busca foi realizada nas bases de dados: A busca ocorreu nas bases de dados: 1. *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; 2. *BVS (Biblioteca Virtual em Saúde)*; 3. *Pubmed*. Esta foi realizada por um pesquisador, de forma independente e com coerência, a fim de reduzir o risco de viés na localização dos artigos.

Utilizaram-se descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para desenvolver uma estratégia eficaz de pesquisa, conforme detalhado a seguir. A pesquisa envolveu as seguintes combinações de palavras-chave: Alta do paciente; Idoso; Enfermeiros; Insuficiência Renal; Transição do Hospital para o domicílio. Em uma estratégia de busca avançada com auxílio do operador booleano “AND” para combinar os descritores entre si em inglês.

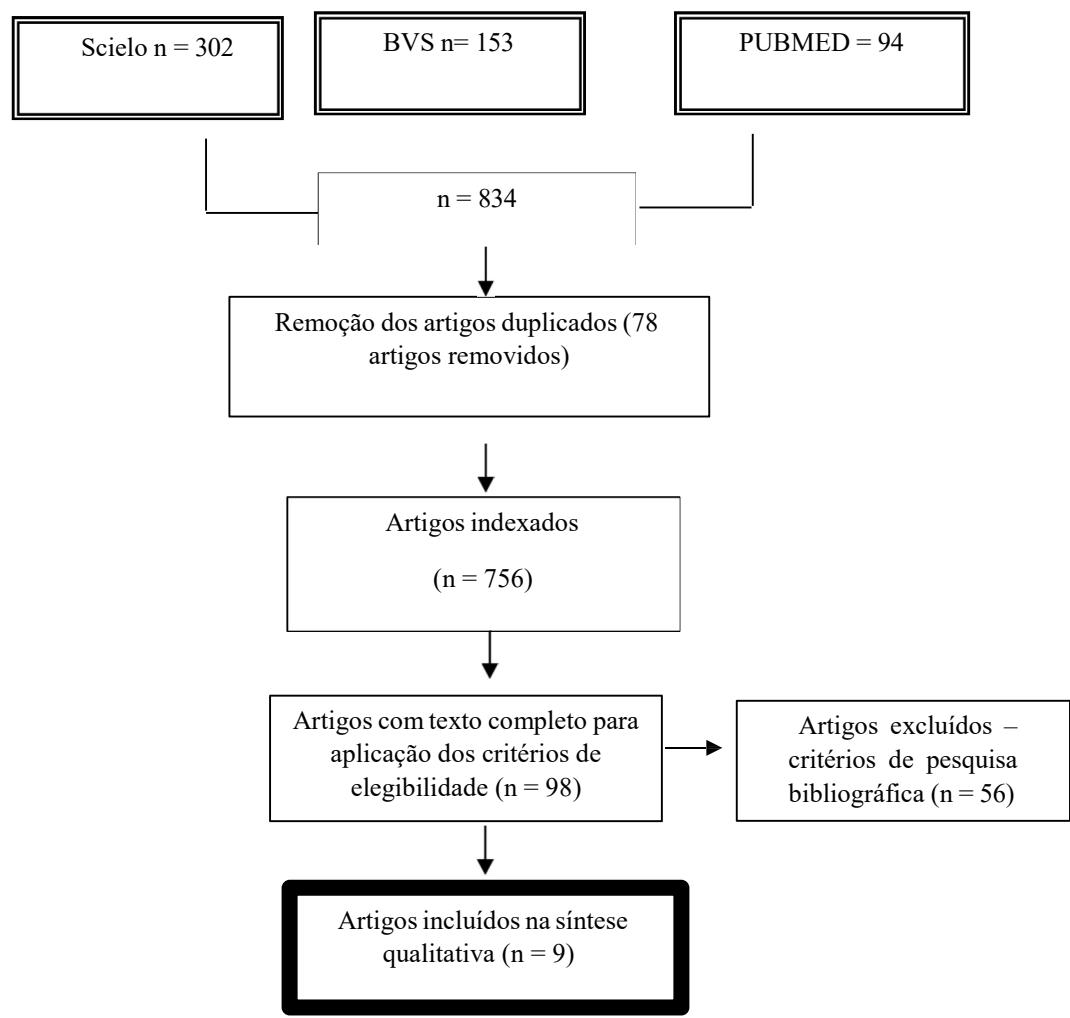
Os critérios de inclusão foram estudos disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, estudos primários, somente empíricos em português e inglês, que apresentassem resultados de investigações voltadas ao processo de transição para o domicílio pode contribuir com o processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a pessoa idosa, publicados entre 2020 e 2024.

Foram excluídas publicações duplicadas, revisões integrativas e sistemáticas, anais de eventos científicos, editoriais, estudos incompletos e/ou pagos. Foram excluídas ainda as publicações em outros idiomas e que deixaram de apresentar o processo de transição para o domicílio pode contribuir com o processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a pessoa idosa.

A busca realizada nas fontes de dados eletrônicas identificou-se 834 publicações, das quais 98 foram triadas para leitura na íntegra. Destas, 8 foram selecionadas para compor este estudo. Todo processo de seleção foi descrito por meio de um fluxograma (Figura 10), conforme

recomendação do PRISMA-ScR (PAGE et al., 2021).

Figura 10 - Diagrama de fluxo PRISMA-ScR das etapas de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo.



Fonte: adaptado de Page et al., (2021).

1 etapa: leitura de título e resumo

Foi conduzido um processo de seleção para identificar as pesquisas com foco no objeto do estudo nesta revisão de escopo. Foram incluídas pesquisas científicas vinculadas ao assunto sobre o processo de transição para o domicílio pode contribuir com o processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a pessoa idosa com insuficiência renal. As referências foram escolhidas após uma análise inicial do título e do resumo.

2 etapa: leitura do texto completo

Foram excluídos os artigos de caráter revisivo. Em seguida, elaborou-se um formulário para o preenchimento individual de cada artigo, o que possibilitou uma seleção subsequente. Entre o conjunto de estudos incluídos, realizou-se uma leitura inicial que permitiu identificar diversos temas para a análise.

3 etapa: análise dos dados

Então, os 9 textos selecionados passaram por uma análise detalhada e suas informações foram resumidas em uma planilha que classificou os resultados nas seguintes características: autor/ano, objetivo, tipo de estudo (metodologia), principais achados, e em seguida estes foram discutidos detalhadamente com uma análise minuciosa.

Com base na estruturação das informações, os achados desta revisão foram apresentados acerca do processo de enfermagem direcionado ao cuidado de enfermagem a pessoa idosa com insuficiência renal. Nessa fase final, entre o conjunto de estudos incluídos, realizou-se uma leitura inicial que permitiu identificar diversos temas para a análise, em formato de categoria a partir da frequência dos temas.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa dispensou comitê de ética por se tratar de um estudo de caráter somente teórico.

No que diz respeito aos principais termos, merecem destaque: I) formação em saúde, II) ajuste de medicação, III) monitoramento à distância, IV) elaboração de plano de alta, V) devolução de informações e VI) a visita ao domicílio resultou em um desfecho e táticas para a transição do cuidado no momento da alta hospitalar (Figura 11).

Figura 11 – Temas identificados nas pesquisas



Fonte: Elaborado pela autora, 2025

A educação em saúde foi descrita como um meio de facilitar a mudança nos cuidados, englobando as práticas de autocuidado. Esse aspecto foi discutido nas pesquisas, tanto no período anterior quanto depois da alta hospitalar. A educação em saúde abrange um conjunto de ações voltadas para promover a autonomia dos indivíduos na busca por seu bem-estar, de acordo com suas necessidades de atenção e cuidado. Esse conceito tem sido aplicado em conjunto com outras abordagens, principalmente após a alta do paciente do hospital GARRITTY et al., 2021; BARRETO, et al., 2021; FERREIRA; BAIXINHO, 2021).

A formação em saúde foi reconhecida no momento anterior à alta, consistindo em atividades de direcionamento sobre cuidados, enfermidades e terapias, além de oferecer suporte e instruções sobre o uso de dispositivos de monitoramento e a administração própria de medicamentos. Após a alta hospitalar, os enfermeiros implementaram orientações sobre autocuidado e prestaram aconselhamento através de chamadas telefônicas e visitas ao domicílio. A segunda classe intermediária foi a conciliação de medicamentos, que envolve a comparação minuciosa da lista abrangente de medicamentos utilizados com as prescrições realizadas durante admissões, transferências, consultas externas e alta hospitalar. Essa tarefa possibilita o uso de medicamentos durante as fases de mudança no atendimento de maneira segura, minimizando a probabilidade de falhas.

A programação da alta consiste na organização das ações definidas com base nas demandas e envolvimento do paciente, visando proporcionar o conforto e os recursos essenciais para assegurar um atendimento seguro e a continuidade do cuidado. Para que fosse concretizado, foram discutidas medidas como a criação de planos, a aplicação de checklists de necessidades, a identificação de pacientes com maior probabilidade de interrupção do tratamento e a participação de enfermeiras responsáveis pela ligação, transição ou navegação GARRITTY et al., 2021; BARRETO, et al., 2021; FERREIRA; BAIXINHO, 2021).

A contrarreferência promoveu uma comunicação eficiente entre os variados serviços de atendimento e os profissionais de saúde, além de possibilitar a utilização de videoconferências para compartilhamento de informações e a identificação dos recursos disponíveis na rede de atendimento à saúde, fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados (VAN DIPTEN, C. et al. Et al. 2022; ZANETONI, et al. 2023). A sexta fase da categoria intermediária consiste em realizar visitas domiciliares, visando proporcionar suporte, monitoramento e aconselhamento a pessoas em seus próprios lares. Esta categoria foi integrada a diferentes setores, incluindo a promoção da saúde, a gestão de medicamentos e o acompanhamento remoto. As seis categorias do meio levaram à conclusão da pesquisa, resultando na definição da categoria final: estratégias de transição do cuidado para a alta hospitalar (FERREIRA; BAIXINHO, et al. 2021; VAN DIPTEN, C. et al. Et al. 2022; ZANETONI, et al. 2023).

As abordagens mais significativas para garantir a continuidade dos cuidados após a alta do hospital, conforme apontado pelo estudo acadêmico, compreendem a promoção da educação em saúde, a análise dos medicamentos, o acompanhamento à distância, o planejamento da alta, a contrarreferência e o atendimento em casa. Constatou-se que 3 pesquisas apresentaram iniciativas de educação em saúde, delineadas como orientações antes e após a alta hospitalar, com foco principal no autocuidado. Os temas discutidos incluíram a entendimento da enfermidade e suas possíveis complicações, a importância da prática de exercícios físicos, a gestão de fatores de risco, o alívio dos sintomas e a vigilância dos sinais vitais (LEMOS et al. 2020; GARRITTY et al., 2021; FERREIRA; BAIXINHO, 2021).

Durante a reconciliação de medicamentos, o enfermeiro desempenha uma função fundamental na mitigação de discrepâncias que podem comprometer a segurança e a continuidade do tratamento, contribuindo para a redução do agravamento das doenças associadas.

Além das estratégias mencionadas, foi mencionada a prática de visitas domiciliares, executadas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) para assegurar a continuidade do cuidado. Essa abordagem permite compreender a dinâmica familiar, facilitando a adaptação

e a modificação das orientações sobre autocuidado, além de oferecer assistência direta e avaliar os riscos psicossociais que podem impactar a continuidade do cuidado. A visita ao lar deve ser agendada com antecedência, possibilitando a identificação de mudanças que possam resultar em uma descompensação clínica. Isso facilita o direcionamento adequado e reduz os possíveis impactos adversos após a alta (GARRITTY et al., 2021; BARRETO, et al., 2021; FERREIRA; BAIXINHO, 2021).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na criação de estratégias para uma transição eficaz do cuidado, evidenciando sua importância na manutenção da continuidade dos atendimentos. A combinação de estratégias permite aprimorar a qualidade do atendimento realizado pelo enfermeiro, tornando fundamental a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, envolvendo pacientes, familiares e profissionais de saúde (GOMES, L.M.S. et al. 2021;

Embora existam provas que demonstram a eficácia dos cuidados de transição, é necessário realizar mais estudos para criar indicadores mais sólidos de progresso clínico e assimilação aos sistemas de saúde (HASTINGS et al., 2020; FERREIRA; BAIXINHO, et al. 2021; VAN DIPTEN, C. et al. Et al. 2022; ZANETONI, et al. 2023).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica com abordagem quantitativa para a construção de um produto tecnológico em saúde, do tipo plano de alta hospitalar, destinado ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Para essa construção, esse estudo foi dividido em duas etapas:

Etapa 1: revisão integrativa da literatura sobre o tema;

Etapa 2: elaboração do plano de alta hospitalar para o idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio.

3.2 Etapas do estudo

Para identificar os requisitos que devem constar no plano de alta de enfermagem e o que foi publicado sobre o tema, a primeira etapa do estudo foi realizar uma Revisão Integrativa (RI) da literatura. Esse tipo de pesquisa de revisão faz a inclusão de estudos de interesse científico relevantes, sustenta a tomada de decisão mais acertada em enfermagem e propicia, assim, uma prática clínica qualificada. Além disso, a RI proporciona sintetizar o saber acerca de determinado tema e apontar lacunas existentes que necessitam ser corrigidas apartir da elaboração de estudos mais recentes, tomando como ponto de partida, estudos anteriormente realizados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Como método científico, a RI baseia-se no rigor metodológico padronizado que permite percorrer etapas consecutivas, porém distintas, as quais podem ser categorizadas da seguinte forma: identificar o tema e selecionar a hipótese (ou questão de pesquisa) para a elaborar a revisão integrativa; estabelecer critérios de inclusão e de exclusão de estudos ou buscas na literatura; definir as informações a serem extraídas dos estudos que foram selecionados; avaliar os estudos incluídos na RI; interpretar os resultados; apresentar a revisão/síntese do conhecimento (SOARES et al., 2014).

Esta pesquisa, resultou na construção de um plano de alta com vistas a otimizar a assistência de enfermagem no planejamento da alta hospitalar de idosos com insuficiência renal em transição para o domicílio. Para tanto, essa RI foi construída a partir da seguinte questão norteadora: “Quais são os itens que devem constar no plano de alta de enfermagem

direcionada ao idoso com insuficiênciarenal em transição para o domicílio?”.

Para a elaboração da pergunta de pesquisa foi utilizado o acrônimo PICo (População, Interesse, Contexto), visando estabelecer critérios de elegibilidade da pesquisa. Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Quais são os itens que devem constar no plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio?” Neste caso: “população=enfermeiros”, “Interesse=idoso em insuficiência renal” e “contexto=alta hospitalar”.

No Quadro 1 foi demonstrada estratégia PICo, a qual visa estabelecer critérios de elegibilidade de artigos para a confecção da revisão integrativa.

Quadro 1 - Estratégia PICo para estabelecer critérios de elegibilidade da revisão integrativa, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Problema	“Quais os requisitos que devem compor o plano de alta do paciente idoso com insuficiência renal como instrumento de trabalho do enfermeiro?”		
	P	I	C _o
Extração	Enfermeiros	Idoso em Insuficiência Renal	Alta hospitalar
Conversão	Nurses	Aged Renal Insufficiency	Hospital discharge
Combinação	Nurses; Male; Enfermero; Infirmiers	Aged; Anciano; Sujet âgé; Renal Insufficiency; Failure, Kidney; Failure, Renal; Failures, Kidney; Failures, Renal; Insufficiency, Kidney; Kidney Failure; Kidney Failures; Kidney Insufficiencies; Kidney Insufficiency; Renal Failure; Renal Failures; RenalInsufficiencies; Insuficiencia Renal; Insuffisance rénale	Patient Discharge; Alta del Paciente; Sortie du patient
Construção	("Nurses" OR "Male"OR "Enfermeros" " OR "Infirmiers")	("Aged" OR "Anciano" OR "Sujet âgé") ("Renal Insufficiency" OR "Failure, Kidney" OR "Failure, Renal" OR "Failures, Kidney" OR "Failures, Renal" OR "Insufficiency, Kidney" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "KidneyInsufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Renal Insufficiencies" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuffisance rénale")	"Patient Discharge" OR"Alta del Paciente" OR "Sortie du patient"
Uso da estratégia	("Nurses" OR "Male" OR "Enfermeros" OR "Infirmiers") AND ("Aged" OR "Anciano" OR "Sujet âgé") AND ("Renal Insufficiency" OR "Failure, Kidney" OR "Failure, Renal" OR "Failures, Kidney" OR "Failures, Renal" OR "Insufficiency, Kidney" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "KidneyInsufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Renal Insufficiencies" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuffisance rénale") AND "Patient Discharge" OR "Alta del Paciente" OR "Sortie du patient"		

Fonte: Elaborada pela autora, Barra do Garças – MT 2023.

Foram incluídos estudos primários, publicados na íntegra, nos últimos dez anos (2013 - 2023) nos idiomas português (Brasil), inglês e espanhol que abordavam sobre como é realizada a alta hospitalar da pessoa idosa com insuficiência renal pelo enfermeiro. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura, ensaio teórico/artigo de reflexão, relato de experiência, monografia, dissertação e tese, materiais governamentais, bem como aqueles em forma de resumos, em anais e programas de eventos científicos, bem como aqueles que não respondiam à questão norteadora da pesquisa.

A busca foi realizada por três pesquisadores, de forma independente, que utilizaram um instrumento elaborado pela pesquisadora, contendo: autor(es) ano; objetivo; tipo de estudo e amostra; principais resultados, conclusão e comentários (eventuais).

Foram incluídas na revisão as pesquisas que atenderam à demanda de idosos com insuficiência renal, sem distinção de sexo ou etnia, que tinham realizado sessão de hemodiálise durante o período da internação hospitalar e recebido alta hospitalar para o domicílio.

Esta revisão buscou conhecer as publicações que versavam sobre a elaboração do plano de enfermagem para alta hospitalar qualificada da pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio.

3.3 Local da pesquisa

Foram utilizadas fontes de evidências publicadas nas bases de dados (PubMed, Web of Science, Scopus, Embase); biblioteca virtual LILACS e literatura cinzenta. A busca foi realizada em três passos:

3.4 População e amostra

A populaao definida para as buscas foram idosos com insuficiência renal em transição para o domicílio.

3.5 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

No **primeiro passo** ocorreu a busca nas bases Medline por meio do PubMed, Web of Science, Scopus, Embase; biblioteca virtual LILACS e literatura cinzenta obtida por meio da testagem de termos obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings* (DECS-MeSH) e termos índices, fazendo a busca avançada com os operadores booleanos “OR”

e “AND” e as palavras-chaves e cruzamentos, conforme pode-se observar no Quadro 2 a demonstração da estratégia de busca preliminar da base de dados MedLine, via PubMed. Neste caso, os títulos e resumos dos artigos selecionados foram analisados objetivando a identificação de termos que poderiam ser utilizados na estrutura de busca;

No **segundo passo** a estratégia de busca foi adaptada às demais bases de dados, respeitando as características de cada uma delas;

No **terceiro passo** foi realizada uma busca manual dos estudos de interesse, inclusos na listagem de referência dos artigos.

Estes procedimentos todos foram realizados em 2023 e, especificamente, a estratégia de busca constante na sequência, foi realizada na data de 13 de agosto daquele ano.

Quadro 2 - Estratégia de busca preliminar do PubMed, em relação aos itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Database	Search strategy	Results Aug 13 th 2023
Medline/ PubMed	("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[All Fields] OR "Elderly"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "80 and over"[All Fields] OR "Oldest Old"[All Fields] OR "Nonagenarian"[All Fields] OR "Nonagenarians"[All Fields] OR "Octogenarians"[All Fields] OR "Octogenarian"[All Fields] OR "Centenarians"[All Fields] OR "Centenarian"[All Fields] OR "geriatric"[Title/Abstract] OR "Middle Aged"[MeSH Terms] OR "Middle Aged"[All Fields] OR "Middle Age"[All Fields]) AND ("Renal Insufficiency"[MeSH Terms] OR "Renal Insufficiency"[All Fields] OR "Renal Insufficiencies"[All Fields] OR "Kidney Insufficiency"[All Fields] OR "Kidney Insufficiencies"[All Fields] OR "Kidney Failure"[All Fields] OR "Kidney Failures"[All Fields] OR "Renal Failure"[All Fields] OR "Renal Failures"[All Fields]) AND ("Patient Discharge"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge"[All Fields] OR "Patient Discharges"[All Fields] OR "Discharge Planning"[All Fields] OR "Patient Discharge Summaries"[MeSH Terms] OR "Patient Discharge Summaries"[All Fields] OR "Patient Discharge Summary"[All Fields] OR "Hospital to Home Transition"[MeSH Terms] OR "Hospital to Home Transition"[All Fields] OR "Hospital to Home"[All Fields] OR "Hospital to Homes"[All Fields] OR "Continuity of Patient Care"[MeSH Terms:noexp] OR "Continuity of Patient Care"[All Fields] OR "Patient Care Continuity"[All Fields] OR "Continuum of Care"[All Fields] OR "Care Continuum"[All Fields] OR "Continuity of Care"[All Fields] OR "Care Continuity"[All Fields] OR "self management"[MeSH Terms] OR "self management"[All Fields] OR "self management"[All Fields] OR "self management"[All Fields] OR "Social Support"[MeSH Terms] OR "Social Support"[All Fields] OR "Social Care"[All Fields] OR "Social Supports"[All Fields])	1.038
Embase	('aged'/de OR aged OR 'elderly'/de OR elderly OR '80 and over' OR 'oldest old' OR 'nonagenarian'/de OR nonagenarian OR 'nonagenarians'/de OR nonagenarians OR 'octogenarians'/de OR octogenarians OR 'octogenarian'/de OR octogenarian OR 'centenarians'/de OR centenarians OR 'centenarian'/de OR centenarian OR 'geriatric'/de OR geriatric OR 'middle aged'/de OR 'middle aged' OR 'middle age'/de OR 'middle age')	1.576

	AND ('renal insufficiency'/de OR 'renal insufficiency' OR 'renal insufficiencies' OR 'kidney insufficiency'/de OR 'kidney insufficiency' OR 'kidney insufficiencies' OR 'kidney failure'/de OR 'kidney failure' OR 'kidney failures' OR 'renal failure'/de OR 'renal failure' OR 'renal failures')AND ('patient discharge'/mj OR 'patient discharges' OR 'discharge planning'/mj OR 'discharge plannings' OR 'patient discharge summaries'/mj OR 'patient discharge summary'/mj OR 'hospital to home transition'/mj OR 'hospital to home' OR 'hospital to homes' OR 'continuity of patient care'/mj OR 'patient care continuity' OR 'continuum of care'/mj OR 'care continuum' OR 'continuity of care'/mj OR 'care continuity' OR 'self-management'/mj OR 'self management'/mj OR 'social support'/mj OR 'social care'/mj OR 'social supports' OR 'patient discharge':ti,ab,kw OR 'patient discharges':ti,ab,kw OR 'discharge planning':ti,ab,kw OR 'discharge plannings':ti,ab,kw OR 'patient discharge summaries':ti,ab,kw OR 'patient discharge summary':ti,ab,kw OR 'hospital to home transition':ti,ab,kw OR 'hospital to home':ti,ab,kw OR 'hospital to homes':ti,ab,kw OR 'continuity of patient care':ti,ab,kw OR 'patient care continuity':ti,ab,kw OR 'continuum of care':ti,ab,kw OR 'care continuum':ti,ab,kw OR 'continuity of care':ti,ab,kw OR 'care continuity':ti,ab,kw OR 'self-management':ti,ab,kw OR 'self management':ti,ab,kw OR 'social support':ti,ab,kw OR 'social care':ti,ab,kw OR 'social supports':ti,ab,kw)	
Scopus	TITLE-ABS-KEY(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "OldestOld" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND TITLE-ABS-KEY("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures") AND TITLE-ABS- KEY("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Discharge Plannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports")	1.887
Web of Science	TS=(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND TS=("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures") AND TS=("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "DischargePlannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospitalto Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports")	176
CINAHL	(TI(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND TI("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures") AND TI("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "DischargePlannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient	177

	<p>Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospitalto Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self- Management" OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports")) OR (AB(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR NonagenariansOR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND AB("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures") AND AB("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Discharge Plannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self- Management" OR "Self Management"OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports")) OR (SU(Aged OR Elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR Nonagenarian OR Nonagenarians OR Octogenarians OR Octogenarian OR Centenarians OR Centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age") AND SU("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures") AND SU("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Discharge Plannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospitalto Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self- Management" OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports"))</p>	
LILACS	<p>(aged OR elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR nonagenarian OR nonagenarians OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age" OR idoso OR idosos OR idosa OR idosas OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR anciano OR ancianos OR "Adulto Mayor" OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenarios OR nonagenarios OR octogenarios OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejísimos OR geriátrico OR geriátricos OR geriátrica OR geriátricas OR "Meia Idade" OR "Mediana Edad" OR "Meia Idade" OR "MedianaEdad") AND ("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuficiênci a do Rim" OR "Insuficiencia del Riñón") AND ("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Discharge Plannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "PatientCare Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self- Management"OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports" OR "Alta do Paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta" OR "Alta del Paciente" OR "Alta Hospitalaria" OR "Alta de Paciente" OR "Alta del Hospital" OR "Planificación del Alta" OR "Salida del Paciente" OR "Sumários de Alta do Paciente Hospitalar" OR "Resumos de Alta Hospitalar" OR "Resumos de Alta do Paciente" OR "Resumos de Alta do Paciente" OR "Resumen del Alta del Paciente" OR "informe del alta</p>	52

	<p>hospitalaria" OR "Transição do Hospital para o Domicílio" OR "Transição do Hospital para Casa" OR "Transición del Hospital al Hogar" OR "Hospital a Casa" OR "transición del hospital al domicilio" OR "Continuidade da Assistênciaao Paciente" OR "Acompanhamento dos Cuidados de Saúde" OR "Longitudinalidade" OR "Longitudinalidade da Assistência ao Paciente" OR "Longitudinalidade do Cuidado" OR "Longitudinalidadedo Cuidado ao Paciente" OR "Continuidad de la Atención al Paciente" OR "Continuación de la Atención" OR longitudinalidad OR autogestão OR "Auto Gerenciamento" OR "Auto Gestão" OR "Auto- Gerenciamento" OR "Auto-Gestão" OR autogerenciamento OR automanejo OR "Apoio Social" OR "Aliado Social" OR "Aliados Sociais" OR "Apoio Social Online" OR "Apoio Social Percebido" OR "Assistência Social" OR "COAS" OR "Centros de Orientação e Apoio Sorológico" OR "Centros de Orientação e Apoio Sorológico" OR "Parceiro Social" OR "Parceiros Sociais" OR "Redes de Apoio Social" OR "Suporte Social" OR "Suporte Social Online" OR "Suporte Social Percebido" OR "Apoyo Social" OR "Aliados Sociales" OR "Apoyo Social Percibido" OR "Apoyo Social en Línea" OR "Asistencia Social" OR "Redes de Apoyo Social" OR "Redes de Apoyo Social en Línea" OR "Soporte Social") AND (db:("LILACS"))</p>	
BDENF	<p>(aged OR elderly OR "80 and over" OR "Oldest Old" OR nonagenarian OR nonagenarians OR octogenarians OR octogenarian OR centenarians OR centenarian OR geriatric OR "Middle Aged" OR "Middle Age" OR idoso OR idosos OR idosa OR idosas OR "Pessoa de Idade" OR "Pessoas de Idade" OR anciano OR ancianos OR "Adulto Mayor" OR "Persona Mayor" OR "Persona de Edad" OR "Personas Mayores" OR "Personas de Edad" OR "Idoso de 80 Anos ou mais" OR centenarios OR nonagenarios OR octogenarios OR velhíssimos OR "Anciano de 80 o más Años" OR viejísimos OR geriátrico OR geriátricos OR geriátrica OR geriátricas OR "Meia Idade" OR "Mediana Edad" OR "Meia Idade" OR "MedianaEdad") AND ("Renal Insufficiency" OR "Renal Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuficiência do Rim" OR "Insuficiencia del Riñón") AND ("Patient Discharge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning" OR "Discharge Plannings" OR "Patient Discharge Summaries" OR "Patient Discharge Summary" OR "Hospital to Home Transition" OR "Hospital to Home" OR "Hospital to Homes" OR "Continuity of Patient Care" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity" OR "Self-Management" OR "Self Management" OR "Social Support" OR "Social Care" OR "Social Supports" OR "Alta do Paciente" OR "Alta Hospitalar" OR "Alta do Hospital" OR "Planejamento da Alta" OR "Alta del Paciente" OR "Alta Hospitalaria" OR "Alta de Paciente" OR "Alta del Hospital" OR "Planificación del Alta" OR "Salida del Paciente" OR "Sumários de Alta do Paciente Hospitalar" OR "Resumos de Alta Hospitalar" OR "Resumos de Alta do Paciente" OR "Resumen del Alta del Paciente" OR "informe del alta hospitalaria" OR "Transição do Hospital para o Domicílio" OR "Transição do Hospital para Casa" OR "Transición del Hospital al Hogar" OR "Hospital a Casa" OR "transición del hospital al domicilio" OR "Continuidade da Assistênciaao Paciente" OR "Acompanhamento dos Cuidados de Saúde" OR "Longitudinalidade" OR "Longitudinalidade da Assistência ao Paciente" OR "Longitudinalidade do Cuidado" OR "Longitudinalidadedo Cuidado ao Paciente" OR "Continuidad de la Atención al Paciente" OR "Continuación de la Atención" OR longitudinalidad OR autogestão OR "Auto Gerenciamento" OR "Auto Gestão" OR "Auto- Gerenciamento" OR "Auto-Gestão" OR autogerenciamento OR automanejo OR "Apoio Social" OR "Aliado Social" OR "Aliados Sociais" OR "Apoio Social Online" OR "Apoio Social Percebido" OR "Assistência Social" OR "COAS" OR "Centros de Orientação e Apoio Sorológico" OR "Centros de Orientação e</p>	25

	Apoio Sorológico" OR "Parceiro Social" OR "Parceiros Sociais" OR "Redes de Apoio Social" OR "Suporte Social" OR "Suporte Social Online" OR "Suporte Social Percebido" OR "Apoyo Social" OR "Aliados Sociales" OR "Apoyo Social Percibido" OR "Apoyo Social en Línea" OR "Asistencia Social" OR "Redes de Apoyo Social" OR "Redes de Apoyo Social en Línea" OR "Soporte Social") AND (db:("BDENF"))	
Google Scholar	(Aged OR Elderly) AND ("Renal Insufficiency" OR "Kidney Insufficiency" OR "Kidney Failure" OR "Renal Failure") AND ("PatientDischarge" OR "Patient Discharges" OR "Discharge Planning")	100

Fonte: Elaborado pelo autor, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Foram utilizadas as seguintes fontes de dados: MEDLINE-PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus (base de dados bibliográfica), Web of Science (base de dados multidisciplinar da empresa Clarivate), Embase (*Excerpta Medica Database*), CINAHL (*Cumulative Index Nursing Allied Health Literature*), BDENF (Base de dados de Enfermagem) e *Google Scholar* (GS). Embora a cobertura e precisão do GS sejam aceitáveis, não deve ser usado como fonte única na busca de revisões (BRAMER et al., 2013); pesquisas de revisões ideais devem fazer as buscas, pelo menos, em duas ou três bases e, igualmente, no GS, como requisito mínimo para garantir uma cobertura adequada e eficiente (BRAMER et al., 2017).

Esta seleção ocorreu em etapas distintas. Primeiramente, os textos obtidos a partir da busca nas bases de dados referidas anteriormente foram exportados para o *EndNote* que é uma ferramenta de gerenciamento de citações bibliográficas da *Clarivate Analytics USA* (anteriormente Thomson Reuters); esse processo de exportação dos estudos objetiva remover de maneira automática os artigos encontrados em duplicidade (HUPE, 2019).

3.6 Análise dos dados

Em seguida foi utilizado o *Software Rayyan* indicado em estudos de revisão. Estudo que avaliou os softwares Rayyan®, Abstrackr® e Colandr® demonstrou que todos são ferramentas úteis e fornecem bons resultados de desempenho métrico para triagem sistemática de títulos (REIS et al., 2023); entretanto o Rayyan® foi o melhor classificado na avaliação quantitativa e na perspectiva dos avaliadores (OUZZANI et al., 2016). Na presente investigação, os textos foram exportados para este *software*, para o procedimento de exclusão, obedecendo à seguinte ordem: leitura do título e resumo; em seguida, leitura na íntegra. Dois revisores atuaram de forma independente durante o processo de revisão por pares; a consulta a um terceiro revisor foi necessária para a resolução de algumas divergências quanto à exclusão dos artigos, dúvidas

sanadas pela pesquisadora.

Foi utilizado um fluxograma, conforme demonstrado na Figura 7, adaptado do Checklist PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) (PAGE et al., 2021) para permitir a observação detalhada de todo o processo da RI.

A extração dos dados, ocorreu obedecendo aos seguintes critérios: foi realizada por dois revisores; manteve-se a independência rigorosa desses revisores durante todo o processo de extração dos dados; foi oferecido, com o auxílio de uma bibliotecária experiente, treinamento e orientação aos revisores objetivando garantir a qualidade das informações obtidas dos estudos selecionados a partir da pergunta norteadora, bem como sua organização, realizou-se a análise e interpretação dos dados; realizou-se a elaboração de um formulário estruturado pela autora e após foi validado por outros pesquisadores, contendo informações como: caracterização do estudo; autoria; ano de publicação; país de origem; objetivo(s); método utilizado; principais resultados e conclusões. No item “resultados” deveriam constar “quais os requisitos de um plano de alta do paciente idoso com insuficiência renal como instrumento de trabalho do enfermeiro”.

Os dados obtidos foram resumidos e demonstrados por meio de tabelas e/ou quadros, associados à descrição narrativa, visando propiciar a compreensão do leitor quanto à temática da pesquisa.

Consistiu na elaboração do plano de alta ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio, a partir dos dados da revisão integrativa, acrescido de outras informações encontradas na revisão geral e embasado na Teoria de Transição de Meleis (MELEIS et al., 2000; MELEIS, 1994).

O plano de alta obedeceu aos componentes essenciais para a transição do cuidado, tomando como referência os estudos de Burke et al. (2013), que consideram dez domínios ideais para esta transição de cuidados do hospital para o domicílio. Na construção do plano de enfermagem de alta hospitalar do idoso com insuficiência renal, foram elaboradas orientações individualizadas, para adaptar textos que tratavam do assunto manejo da insuficiência renal, ancorados na Teoria de Transição de Cuidados de Meleis (MELEIS et al., 2000; MELEIS, 1994), citadas anteriormente.

O plano de alta foi construído no Microsoft Word 2013, a partir da edição de texto, utilizando a fonte Times New Roman, tamanho 12. Por se tratar de um estudo cujas etapas consistiram na elaboração de uma revisão e na construção de um plano de alta de enfermagem, este estudo dispensou a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

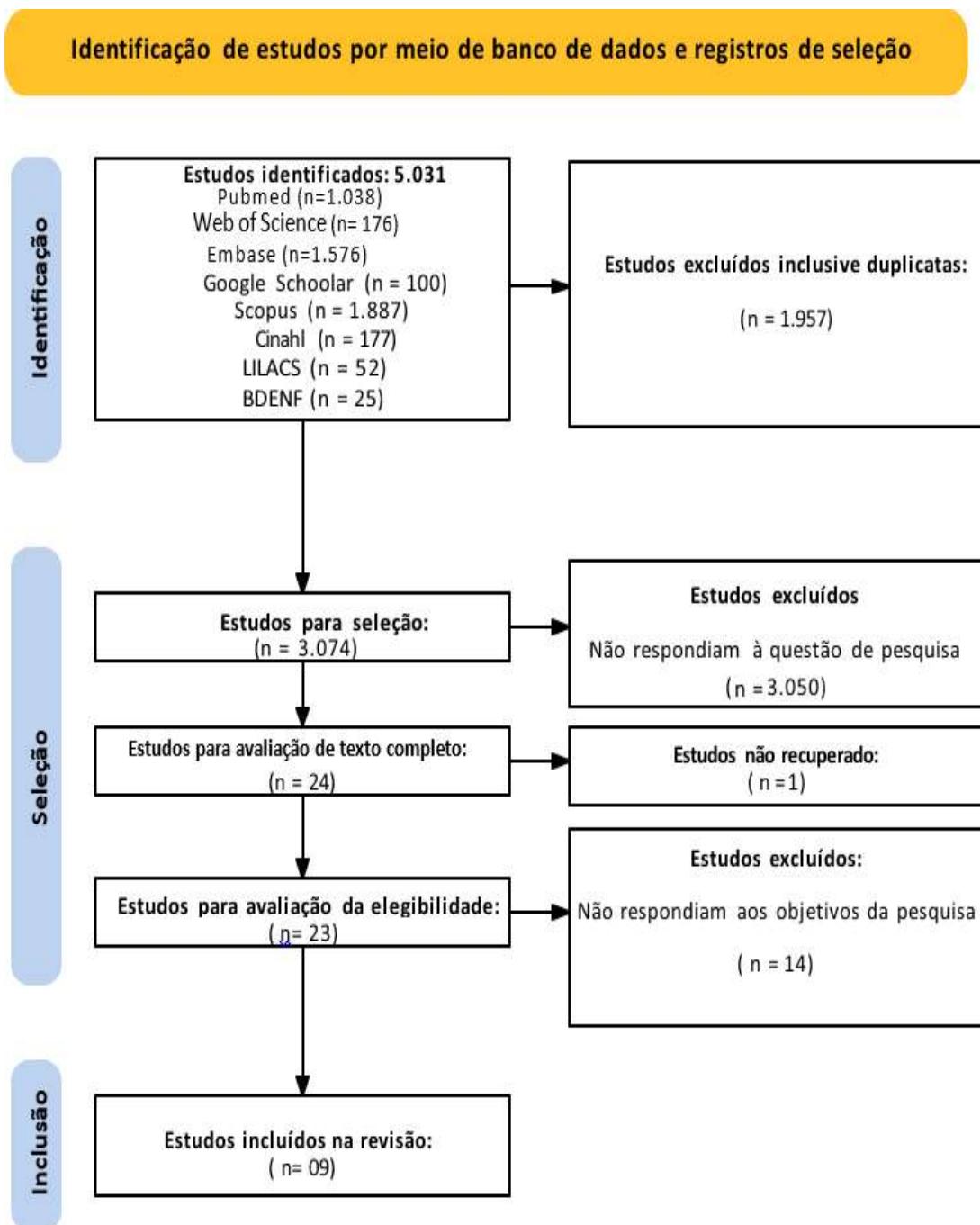
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados e discussão sobre os dados obtidos

No total foram encontrados 5.031 estudos; cerca de 1.957 foram removidos, inclusive estudos duplicados; 3.074 foram analisados, destes, 3.050 foram excluídos por se enquadarem em alguns dos critérios de exclusão, não respondendo à questão da pesquisa; um total de 24 estudos foram elegíveis para leitura completa, destes, um estudo não pode ser recuperado. Após leitura, foram excluídos 14 artigos, uma vez que se tratava de estudos de revisão, população e resultados incompletos. Após a leitura na íntegra, somente 9 artigos versavam sobre a temática e foram considerados na amostra final por atenderem todos os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. O processo detalhado da pesquisa e seleção dos estudos desta revisão está exposto no fluxograma (Figura 12).

Após a busca da literatura e a análise foi elaborado o quadro sinótico contendo os dados da revisão de escopo e sua análise (Quadro 3). A seguir estão apresentados os dados sobre as estratégias de cuidados ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio, recomendados nos estudos (Quadro 4).

Figura 12 - Fluxograma que ilustra a seleção, exclusão e o total de artigos incluídos sobre os itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.



Fonte: Autoria própria, 2023.

Quadro 3 - Caracterização dos estudos incluídos sobre os itens do plano de alta de enfermagem direcionada ao idoso cominsuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Autor(es) e ano	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Principais resultados	Conclusão	Comentário
GREER, Raquel C. et al. Hospital discharge communications during care transitions for patients with acute kidney injury: a cross-sectional study. <i>BMC health services research</i> , v. 16, p. 1-9, 2016.	Estudar a presença e a qualidade da comunicação de alta hospitalar sobre LRA em pacientes feitas por profissionais de saúde e prestadores de cuidados ambulatoriais em um hospital universitário e identificar as características de internações associadas às comunicações de alta de maior qualidade	Estudo transversal que investigou as comunicações de alta hospitalar durante as transições de cuidado para pacientes com lesão renal aguda (LRA). A amostra consistiu em pacientes hospitalizados com LRA em uma única instituição no ano de 2012. O método de revisão de prontuários médicos foi utilizado para caracterizar a presença e a qualidade das comunicações de alta, incluindo resumos de alta médica e instruções ao paciente.	O estudo revelou que, entre os 75 pacientes hospitalizados com LRA selecionados aleatoriamente, menos da metade das comunicações de alta médica e instruções ao paciente documentaram informações cruciais, como a presença, causa e curso da LRA. Além disso, poucas comunicações forneceram recomendações específicas para o tratamento ou observação da LRA. Os resultados também indicaram que as comunicações sobre LRA eram mais prevalentes em pacientes com LRA mais grave (Estágio 3), aqueles com doença renal crônica conhecida e aqueles liberados de serviços médicos em comparação com serviços cirúrgicos.	Os autores concluíram que poucas comunicações de alta hospitalar para pacientes com LRA descreveram a condição ou forneceram recomendações para o cuidado, indicando a necessidade de melhorias na qualidade das comunicações de alta para aprimorar as transições de cuidado.	O estudo fornece informações sobre as deficiências nas comunicações de alta hospitalar para pacientes com LRA, destacando a importância da melhoria na qualidade dessas comunicações. No entanto, como se trata de um estudo transversal, a causalidade não pode ser estabelecida, e a generalização dos resultados para outras instituições ou períodos pode ser limitada. Além disso, a análise não aborda diretamente o impacto dessas deficiências na saúde e no cuidado subsequente dos pacientes. Futuras pesquisas longitudinais e intervencionistas podem fornecer uma compreensão mais abrangente das implicações clínicas e da eficácia de intervenções para melhorar as comunicações de alta em pacientes com LRA.
THANAPONGSATO RN, Peerapat et al. Comprehensive versus standard care in post-severe acute kidney injury survivors, a randomized	Demonstrar os resultados da implementação de cuidados abrangentes por uma MDCT (equipe multidisciplinar de cuidados) em	Ensaio clínico randomizado realizado entre agosto de 2018 a janeiro de 2021. Pacientes que sobreviveram à LRA grave estágio 2-3 foram inscritos e	Noventa e oito sobreviventes de LRA estágio 3 foram inscritos e randomizados em grupos de cuidados abrangentes e cuidados padrão (49 pacientes em cada grupo). Em comparação com o grupo de cuidados padrão, o grupo de cuidados abrangentes teve	O cuidado abrangente por uma MDCT é viável e pode ser implementado para sobreviventes de LRA grave. A participação da MDCT também resulta em uma redução melhor da UACR	Uma observação importante do estudo é a abordagem criteriosa à alta hospitalar no contexto dos cuidados pós-agudos. Os autores procuraram determinar a viabilidade e os resultados associados à implementação de um modelo de cuidado

<p>controlled trial. Critical Care, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021.</p>	<p>sobreviventes de LRA (lesão renal aguda) grave.</p>	<p>randomizados para serem acompanhados com cuidados abrangentes ou padrão por 12 meses. O cuidado pós-LRA abrangente envolveu uma MDCT (nefrologistas, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos). O desfecho primário foram os resultados de viabilidade, compreendendo as taxas de perda de seguimento, registro alimentar de 3 dias, reconciliação de medicamentos e taxas de alerta de medicamentos em 12 meses. Os desfechos secundários incluíram eventos renais adversos importantes, taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e quantidade de albuminúria em 12 meses.</p>	<p>resultados de viabilidade significativamente melhores; registro alimentar de 3 dias, reconciliação de medicamentos e alertas de medicamentos ($p < 0,001$). A média da TFGe em 12 meses foi comparável entre os dois grupos (66,74 vs. 61,12 mL/min/1,73 m², $p = 0,54$). A razão albumina: creatinina urinária (UACR) foi significativamente menor no grupo de cuidados abrangentes (36,83 vs. 177,70 mg/g, $p = 0,036$), enquanto o controle da pressão arterial também foi melhor no grupo de cuidados abrangentes (87,9% vs. 57,5%, $p = 0,006$). Não houve diferença nos outros desfechos renais entre os dois grupos.</p>	<p>e um melhor controle da pressão arterial.</p>	<p>envolvendo uma equipe multidisciplinar, para os sobreviventes de LRA grave. O período de acompanhamento de 12 meses permitiu uma avaliação abrangente dos desfechos, incluindo a taxa de perda de seguimento, o registro alimentar de 3 dias, a reconciliação de medicamentos e as taxas de alerta de medicamentos.</p>
<p>WU, Vin-Cent et al. Nephrologist follow-up care of patients with acute kidney disease improves outcomes: Taiwan</p>	<p>Avaliar os preditores e os resultados a longo prazo do acompanhamento/intervenção nefrológica durante o período de</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo recuperou dados do NHIRD (banco de dados abrangente) de Taiwan e incluiu 166.387</p>	<p>Entre um total de 20.260 pacientes com LRA (lesão renal aguda) que necessitam de diálise e tornaram-se independentes de diálise, apenas 7.550 (37,3%) pacientes foram acompanhados por um</p>	<p>Nesta coorte baseada na população, mesmo após a suspensão da diálise aguda, apenas uma minoria de pacientes visitou um nefrologista</p>	<p>Os resultados sugerem que o acompanhamento nefrológico não apenas melhora a adesão aos tratamentos farmacológicos essenciais, mas também está associado a desfechos clínicos</p>

<p>experience. Value in Health, v. 23, n. 9, p. 1225-1234, 2020.</p>	<p>DRA após um episódio grave de IRA (IRA-D) por meio do uso de um banco de dados abrangente e bem mantido de seguros de saúde populacionais.</p>	<p>pacientes com diálise aguda durante a hospitalização; índice de 1º de janeiro de 1999 a 31 de julho de 2011, com o segmento final dos pacientes em 31 de dezembro de 2011.</p>	<p>nefrologista (grupo F/Unephrol) durante o período de DRA (doença renal aguda). Durante um acompanhamento médio de $4,04 \pm 3,56$ anos, os pacientes no grupo F/Unephrol foram mais frequentemente administrados com estatinas, anti-hipertensivos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA), diuréticos, agentes antiplaquetários e agentes antidiabéticos. Os pacientes no grupo F/Unephrol apresentaram uma taxa de mortalidade mais baixa (razão de risco [RR] = 0,87, $P < 0,001$) e eram menos propensos a ter eventos cardiovasculares adversos maiores (ECAM) (subdivisão da RR [sRR] = 0,85, $P < 0,001$), insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (sRR = 0,81, $P < 0,001$) e sepse grave (sRR = 0,88, $P = 0,008$) de acordo com o modelo proporcional de Cox, após ajuste para a mortalidade como risco concorrente. Durante o período de DRA, um aumento na frequência de visitas à nefrologia foi associado a resultados melhores.</p>	<p>durante o período de DRA. Demonstramos que o acompanhamento nefrológico está associado a uma redução nos ECAM, exacerbações de ICC e sepse, bem como uma menor taxa de mortalidade; portanto, pode melhorar os resultados em pacientes com DRA.</p>	<p>mais favoráveis, incluindo uma redução na mortalidade. Portanto, o estudo enfatiza a importância de integrar o acompanhamento nefrológico como parte essencial do plano de cuidados pós-agudos para pacientes com doença renal aguda, proporcionando benefícios tangíveis à saúde a longo prazo.</p>
<p>VAN DIPTEN, Carola et al. Referring patients with stable moderate- to-advanced chronic kidney disease back</p>	<p>Estudar a viabilidade de encaminhar pacientes com doença renal crônica moderada a avançada estáveis da atenção</p>	<p>Estudo prospectivo monocêntrico de métodos mistos. Dezoito pacientes foram incluídos que atendiam a critérios pré-</p>	<p>A média de idade foi 73 anos; a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) média foi de 33,2 ml/min/1,73 m² no início. Após 1 ano, quatro pacientes não receberam ou tiveram</p>	<p>O encaminhamento de volta parece seguro e viável para pacientes com DRC moderada a avançada estáveis que atendem a critérios</p>	<p>Os resultados após um ano de acompanhamento revelaram que, dos dezoito pacientes incluídos, quatro não receberam ou tiveram monitoramento incompleto e um paciente apresentou pressão</p>

<p>to primary care: a feasibility study. BJGP open, v. 6, n. 2, 2022.</p>	<p>secundária para a primária, e avaliar a qualidade do cuidado (QdC) e as experiências dos pacientes e dos médicos de família (GPs).</p>	<p>determinados para encaminhamento de volta. Os pacientes foram liberados com guias de informações personalizadas e cartas de transferência. Os médicos de família tinham a opção de consultar um nefrologista por telessaúde. Resultados renais, QdC e experiências foram coletados após 1 ano.</p>	<p>monitoramento incompleto, e a pressão arterial de um paciente estava muito alta. Os 13 restantes apresentaram TFGe, proteinúria e parâmetros metabólicos estáveis. Os pacientes estavam satisfeitos com as informações fornecidas e o tratamento pelos médicos de família, mas esperavam um monitoramento mais frequente. Em um terço dos casos, a frequência de monitoramento foi reduzida pelos médicos de família por várias razões. Os médicos de família acreditavam ter conhecimento suficiente para tratar pacientes com DRC, mas indicaram que precisavam de apoio além de uma carta de transferência.</p>	<p>específicos. Os pacientes apresentam bons resultados renais após 1 ano e estão satisfeitos com o tratamento. A QdC dos médicos de família pode ser melhorada, especialmente em termos de completude e frequência de monitoramento.</p>	<p>arterial elevada. No entanto, os treze pacientes restantes mantiveram a estabilidade nos parâmetros renais, incluindo TFGe, proteinúria e parâmetros metabólicos. A satisfação dos pacientes em relação às informações fornecidas e ao tratamento pelos médicos de família foi evidente, apesar da expectativa de um monitoramento mais frequente. Uma descoberta notável foi a sugestão de que o encaminhamento de volta pode ser uma abordagem segura e viável para pacientes estáveis com DRC moderada a avançada, desde que atendam a critérios específicos. Os resultados renais positivos após um ano de acompanhamento reforçam a ideia de que essa estratégia pode ser eficaz.</p> <p>No entanto, o estudo também identificou áreas de melhoria, especialmente em relação à qualidade do cuidado fornecido pelos médicos de família. Embora os pacientes estivessem satisfeitos com os cuidados recebidos, a expectativa de um monitoramento mais frequente destacou a necessidade de ajustes na abordagem dos médicos de família. O fato de que em um terço dos casos a frequência de monitoramento foi reduzida</p>
--	---	---	---	---	--

					pelos médicos de família levanta questões sobre a consistência na implementação dessa estratégia.
HAINES, Ryan W. et al. Long-term kidney function of patients discharged from hospital after an intensive care admission: observational cohort study. <i>Scientific Reports</i> , v. 11, n. 1, p. 9928, 2021.	(i) modelar a alteração da função renal de pacientes que recebem alta hospitalar com vida após doença crítica; (ii) comparar pacientes diagnosticados com e sem LRA durante a doença crítica e investigar o impacto da LRA na função renal de longo prazo até 7 anos após a alta hospitalar; e (iii) explorar se características da doença crítica, como a gravidade da LRA ou a extensão da recuperação precoce da função renal, afetaram a trajetória subsequente da TFGe.	Estudo de coorte observacional retrospectivo incluindo 3090 pacientes adultos (> 18 anos) que foram admitidos em uma UTI multidisciplinar de nível 3 com 43 leitos em um hospital universitário no Reino Unido entre 2004 e 2008 e saíram vivos do hospital. Foram excluídos pacientes com doença renal terminal ou transplante renal prévio à admissão na UTI. Seguimos as diretrizes STROBE para a notificação de estudos de coorte (ver suplemento).	Foi avaliado as mudanças na taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e o impacto da LRA em 1301 sobreviventes de cuidados críticos com 5291 medições de TFGe (mediana de 3 [IQR 2, 5] por paciente) entre a alta hospitalar (2004–2008) e o final de 7 anos de acompanhamento. Modelos de efeitos mistos lineares mostraram que o declínio inicial na TFGe nos primeiros 6 meses foi maior em pacientes sem LRA ($- 9,5\%$, IC 95% $- 11,5\%$ a $- 7,4\%$) e com LRA leve ($- 12,3\%$, IC $- 15,1\%$ a $- 9,4\%$) e menor em pacientes com LRA moderada a grave ($- 4,3\%$, IC $- 7,0\%$ a $- 1,4\%$). No entanto, em comparação com pacientes sem LRA, a TFGe na alta hospitalar foi a mais baixa para o grupo com LRA moderada a grave (mediana de 61 [37, 96] vs 101 [78, 120] ml/min/1,73m ²) e dois terços (66,5%, IC 59,8–72,6% vs 9,2%, IC 6,8–12,4%) apresentaram TFGe <60 ml/min/1,73m ² até 7 anos após a alta. A trajetória da função renal após a alta dos cuidados críticos segue um padrão distintivo de queda inicial seguida por declínio sustentado. Independentemente da gravidade da LRA, essa evidência sugere que	Houve um declínio substancial na função renal nos primeiros 6 meses após a alta hospitalar. Essas evidências sugerem que o acompanhamento após a LRA precisa incorporar o monitoramento regular da função renal nos meses após a alta hospitalar, pois as medições da TFGe dentro desse período de tempo são mais informativas para os clínicos do declínio da TFGe. Além disso, os meses após a alta hospitalar são quando novas intervenções para monitorar ou prevenir um declínio na função renal devem ser direcionadas para abordar o risco aumentado associado de desfechos ruins.	Uma das principais forças do estudo é a utilização de uma abordagem observacional de coorte, permitindo a análise de um grande número de pacientes ao longo de um extenso período de acompanhamento. A inclusão de 5291 medições de taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) é particularmente robusta e oferece uma visão detalhada da trajetória da função renal. Entretanto, a interpretação dos resultados deve levar em consideração algumas limitações inerentes aos estudos observacionais. A ausência de randomização introduz o potencial de viés de seleção e confusão de variáveis não controladas. A heterogeneidade da amostra, que inclui pacientes com diferentes gravidades de lesão renal aguda (LRA), também pode impactar a generalização dos resultados. O estudo destaca uma queda inicial na TFGe nos primeiros seis meses após a alta, seguida por um declínio sustentado. Essa descoberta é intrigante, mas a ausência de um grupo de controle sem admissão em cuidados

			<p>o acompanhamento deve incorporar a monitorização da TFGe nos primeiros meses após a alta hospitalar.</p>		<p>intensivos dificulta a atribuição dessa trajetória exclusivamente à experiência do cuidado intensivo. A análise comparativa com grupos de diferentes gravidades de LRA é esclarecedora, mas a falta de um grupo sem LRA impede uma compreensão completa do impacto isolado da LRA na função renal a longo prazo. Além disso, a ausência de informações detalhadas sobre intervenções específicas durante e após a admissão em cuidados intensivos limita a capacidade de extraír conclusões sobre práticas clínicas específicas que podem influenciar a função renal. Uma análise mais aprofundada dessas intervenções poderia fornecer informações para orientar estratégias futuras. Apesar dessas considerações, o estudo representa um passo significativo na compreensão da função renal a longo prazo após uma admissão em cuidados intensivos.</p>
<p>BARRETO, Erin F. et al. Incidence of serum creatinine monitoring and outpatient visit follow-up among acute kidney injury survivors after discharge: a</p>	<p>Avaliar a frequência do acompanhamento após a alta entre os sobreviventes de LRA.</p>	<p>Estudo de coorte baseado na população de residentes adultos do Condado de Olmsted que foram hospitalizados com um episódio de LRA estágio II ou III entre</p>	<p>Dos 627 sobreviventes de LRA incluídos, a incidência cumulativa de um acompanhamento ambulatorial de SCr em 30 dias foi de 80% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 76% a 83%), uma visita de saúde foi de 82% (IC 95%: 79% a 85%), ou ambos</p>	<p>Entre os pacientes com LRA moderada a grave, 30% não tiveram acompanhamento com SCr e visita de saúde no intervalo de 30 dias após a alta. O acompanhamento foi</p>	<p>O estudo em questão, apresenta contribuições significativas, mas também suscita algumas questões que merecem consideração, como por exemplo, houve uma generalização dos resultados, uma vez que o estudo foca em</p>

<p>population-based cohort study.</p> <p>American journal of nephrology, v. 52, n. 10-11, p. 817-826, 2021.</p>		<p>2006 e 2014. Foram excluídos aqueles que receberam alta do hospital em diálise, cuidados paliativos ou que faleceram dentro de 30 dias após a alta. A frequência e os preditores do acompanhamento, definido como um nível sérico de creatinina (SCr) ambulatorial ou uma visita de saúde presencial após a alta, foram descritos.</p>	<p>foram 70% (IC 95%: 66% a 73%). Aos 90 dias e 1 ano após a alta, as incidências cumulativas de atender a ambos os critérios de acompanhamento aumentaram para 82% e 91%, respectivamente. Os preditores independentes de receber tanto uma avaliação ambulatorial de SCr quanto uma visita de saúde dentro de 30 dias incluíram uma taxa de filtração glomerular estimada mais baixa na alta, maior carga de comorbidade, período mais longo de hospitalização e maior gravidade máxima de LRA. Idade, sexo, raça/etnia, nível de educação e status socioeconômico não foram preditores de acompanhamento.</p>	<p>associado a uma maior gravidade da doença, em vez de fatores demográficos e socioeconômicos.</p>	<p>uma população específica em um determinado período de tempo e local. A aplicabilidade desses resultados a outras populações ou contextos deve ser considerada com cautela. Além disso, a não inclusão de fatores socioeconômicos e demográficos como preditores significativos de acompanhamento pode indicar uma lacuna na compreensão dos determinantes desses desfechos. Seria pertinente explorar mais a fundo os fatores contextuais que poderiam influenciar o engajamento pós-hospitalar.</p>
<p>BOONSTRA, Marco D. et al. A longitudinal qualitative study to explore and optimize self-management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: Perspectives of patients and health care professionals. Patient Education and Counseling, v. 105, n. 1, p. 88-104, 2022.</p>	<p>Explorar as experiências e as barreiras para o autogerenciamento, a partir das perspectivas de pacientes com baixa literacia em saúde (LHL), e profissionais de saúde (HCP) para identificar estratégias de otimização do autogerenciamento.</p>	<p>Estudo qualitativo longitudinal com entrevistas semiestruturadas em profundidade e discussões em grupos focais entre pacientes com DRC e LHL (n = 24) e HCPs (n = 37) de clínicas gerais e hospitais.</p>	<p>Os resultados do estudo revelaram quatro temas principais entre os pacientes, destacando a elucubração da DRC, a ingestão subótima de conhecimento, a relutância em assumir o papel de liderança na autogestão e a importância da manutenção de mudanças positivas. Por outro lado, os profissionais de saúde destacaram desafios relacionados ao reconhecimento dos problemas de pressão arterial, a falta de estratégias efetivas e as barreiras assistenciais. As implicações práticas do estudo destacam a necessidade de uma melhor explicação por parte dos</p>	<p>Com base nos resultados, foram sugeridos três caminhos para otimizar a autogestão: fornecer informações mais precoces aos pacientes, implementar estratégias centradas na pessoa para manter as mudanças de comportamento e aprimorar as competências dos profissionais de saúde.</p>	<p>Este estudo oferece contribuições substanciais para a literatura existente ao destacar a necessidade de intervenções mais precoces, estratégias centradas na pessoa para manutenção de mudanças e aprimoramento das competências dos profissionais de saúde. Essas conclusões são necessárias para informar práticas clínicas e políticas de saúde direcionadas a pacientes com DRC e LHL.</p>

			<p>profissionais de saúde sobre a autogestão da DRC, visando prevenir a deterioração renal. Além disso, enfatiza a importância de intervenções baseadas em abordagens comportamentais para otimizar a autogestão, juntamente com a urgência de treinamento para os profissionais de saúde a fim de reconhecer e apoiar efetivamente os pacientes com LHL. Essas medidas são essenciais para melhorar a qualidade de vida e retardar a progressão da doença em pacientes com DRC e LHL.</p>		
SILVER, Samuel A. et al. Improving care after acute kidney injury: a prospective time series study. <i>Nephron</i> , v. 131, n. 1, p. 43-50, 2015.	Estabelecer uma Clínica de Acompanhamento de IRA e caracterizar os padrões de atendimento prestados.	Estudo prospectivo de séries temporais. Todos os pacientes hospitalizados que desenvolveram Lesão Renal Aguda (LRA) estágio 2 ou 3 foram elegíveis. O período pré-intervenção consistiu em lembretes eletrônicos para as consultas de nefrologia e cirurgia cardiovascular para encaminhamento ao Ambulatório de Acompanhamento da LRA. No período pós-intervenção, os pacientes elegíveis foram automaticamente agendados para o	<p>No período pré-intervenção, 8 dos 46 pacientes (17%) foram atendidos por um nefrologista dentro de 30 dias após a alta, e nenhum paciente adicional foi visto por 90 dias. No período pós-intervenção, 17 dos 69 pacientes (25%) foram atendidos por nefrologista até 30 dias após a alta ($p = 0,36$), com mais 30 pacientes atendidos em 90 dias (47 de 69, 68%, $p < 0,001$). A média da creatinina sérica foi de 99 (DP 35) $\mu\text{mol/l}$ antes da hospitalização e de 133 (58) $\mu\text{mol/l}$ aos 3 meses. Cinquenta e cinco dos 79 pacientes (70%) receberam pelo menos 1 intervenção médica em sua primeira consulta clínica de acompanhamento de IRA.</p>	<p>As conclusões do estudo destacam a eficácia do modelo de Clínica de Acompanhamento de LRA, enfatizando a necessidade de uma abordagem multifacetada no cuidado de pacientes sobreviventes de LRA, semelhante ao cuidado oferecido a outras populações de alto risco. Os resultados encorajam pesquisas futuras para avaliar o impacto dessa abordagem nos desfechos centrados no paciente, sublinhando a relevância do acompanhamento ambulatorial próximo para otimizar a saúde renal e geral desses</p>	<p>O foco principal do estudo foi estabelecer uma Clínica de Acompanhamento de LRA, com o objetivo de caracterizar os padrões de atendimento prestados a pacientes que desenvolveram LRA estágio 2 ou 3 durante a hospitalização. Os resultados indicaram melhorias significativas no acompanhamento pós-LRA. No período pré-intervenção, apenas 17% dos pacientes foram atendidos por um nefrologista nos primeiros 30 dias após a alta, sem atendimento adicional nos 90 dias subsequentes. No entanto, no período pós-intervenção, 25% dos pacientes foram atendidos nos primeiros 30 dias, e notavelmente, 68% foram atendidos nos primeiros</p>

		<p>Ambulatório de Acompanhamento da LRA na alta hospitalar. O desfecho primário foi a porcentagem de sobreviventes de LRA nos estágios 2-3 avaliados por um nefrologista dentro de 30 dias após a alta.</p>		<p>pacientes. Médicos e profissionais de saúde são alertados para a importância dessa abordagem de cuidado abrangente para uma população que demonstra ser suscetível a riscos a longo prazo.</p>	<p>90 dias, representando uma melhoria significativa. Além disso, a média da creatinina sérica aumentou aos 3 meses, indicando a importância do acompanhamento contínuo. A maioria dos pacientes recebeu pelo menos uma intervenção médica na primeira consulta de acompanhamento, destacando a necessidade de uma abordagem multifacetada.</p> <p>As conclusões do estudo destacam a eficácia do modelo de Clínica de Acompanhamento de LRA, enfatizando a importância de uma abordagem abrangente no cuidado pós-LRA, semelhante ao oferecido a outras populações de alto risco. O estudo incentiva pesquisas futuras para avaliar o impacto dessa abordagem em desfechos centrados no paciente, sublinhando a relevância do acompanhamento ambulatorial próximo para otimizar a saúde renal e geral desses pacientes. Médicos e profissionais de saúde são alertados para a importância dessa abordagem de cuidado abrangente para uma população suscetível a riscos a longo prazo.</p>
SILVER, Samuel A. et al. What insights do patients and caregivers have on	Descrever as experiências e expectativas de sobreviventes de LRA	Estudo qualitativo com delineamento descritivo indutivo com entrevistas individuais	Os resultados do estudo destacam a priorização de outras condições além da Lesão Renal Aguda (LRA) entre os participantes, revelando	A compreensão variável do significado da LRA entre os participantes revelou lacunas	O estudo proporcionou uma contribuição ao destacar as experiências fundamentais de pacientes e cuidadores em

<p>acute kidney injury and posthospitalisation care? A single-centre qualitative study from Toronto, Canada. <i>BMJ open</i>, v. 8, n. 6, p. e021418, 2018.</p>	<p>e seus cuidadores no período pós-alta imediata para, finalmente, informar estratégias centradas no paciente e no cuidador que possam melhorar os resultados para essa população de alto risco.</p>	<p>semiestruturadas. Os pacientes elegíveis foram ≥ 18 anos de idade com LRA estágio 2 ou maior; Os cuidadores também deveriam ter ≥ 18 anos de idade. Também foi exigido que o paciente ou seu cuidador falasse inglês. Foram excluídos pacientes com probabilidade de terem recebido educação formal sobre saúde renal antes do contato com o estudo, como receptores de transplante renal, pacientes já sob os cuidados de um nefrologista, pacientes com TFG_e basal inferior a 30 mL/min/1,73 m² e pacientes que receberam alta hospitalar em diálise.</p>	<p>uma maior preocupação com comorbidades e problemas médicos distintos, relegando a LRA a um segundo plano. Muitos pacientes enfatizaram a importância de condições de saúde que progredem ao longo do tempo, considerando a LRA como um problema temporário e corrigível. Além disso, a omissão da LRA na história médica refletiu a relutância dos participantes em incluir a condição, evidenciando a visão de que a LRA é uma condição de curto prazo e reversível.</p>	<p>significativas no conhecimento sobre causas, sintomas e sinais associados à condição. Muitos participantes admitiram desconhecimento sobre as causas específicas de sua LRA, enquanto sintomas e sinais, quando mencionados, raramente eram associados aos rins. A desinformação sobre a capacidade de autorreparação dos rins era prevalente, com a maioria dos participantes percebendo a LRA como uma condição reparável e não permanente, graças à presença de dois rins. A ansiedade decorrente do planejamento da alta e das demandas de saúde concorrentes destacou as complexidades associadas à transição pós-hospitalar. A falta de orientações específicas sobre saúde renal durante o planejamento da alta contribuiu para a preocupação dos participantes, enquanto a necessidade de múltiplas consultas de acompanhamento com diversos especialistas</p>	<p>relação à LRA. As entrevistas semiestruturadas revelam riqueza nas narrativas. Mas o estudo tem algumas limitações, como por exemplo, o fato de os participantes terem se auto-selecionado para as entrevistas pode introduzir vieses de seleção, comprometendo a representatividade dos resultados em relação à população geral com LRA. Além disso, a natureza unicêntrica do estudo pode restringir a generalização dos resultados a diferentes contextos de saúde ou populações, destacando a necessidade de pesquisas futuras em múltiplos centros.</p>
---	---	--	--	---	---

				gerou estresse, particularmente quando confrontados com outras condições de saúde.	
--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelo autor, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Quadro 4 - Estratégias de cuidados ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio, recomendados nos estudos identificados na Revisão Integrativa. Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Estratégia de Cuidados	Proposta	Autores
Comunicação Clara e Documentação Adequada	Implementar protocolos eficazes de comunicação durante a alta hospitalar, garantindo que todas as informações relevantes sobre a insuficiência renal, sua causa e evolução sejam documentadas de forma clara.	Greer et al. (2016): O estudo destaca a importância de comunicações eficazes na alta hospitalar para pacientes com lesão renal aguda (LRA). Os resultados revelam que menos da metade das comunicações documentou informações importantes sobre a LRA, indicando a necessidade de melhorias na qualidade dessas comunicações para aprimorar as transições de cuidado.
Avaliação Multidisciplinar na Alta Hospitalar	Integrar uma abordagem multidisciplinar durante a alta hospitalar, envolvendo profissionais de saúde, como enfermeiros, nefrologistas, e outros especialistas, para realizar uma avaliação abrangente das necessidades do paciente.	Thanapongsatorn et al. (2021): O ensaio clínico randomizado demonstra que o cuidado pós-lesão renal aguda (LRA) abrangente por uma equipe multidisciplinar resultou em melhores resultados de viabilidade pós-alta. O grupo de cuidados abrangentes apresentou significativa melhora em indicadores como registro alimentar, reconciliação de medicamentos e alertas, indicando que a abordagem multidisciplinar é viável e benéfica.
Educação do Paciente e Cuidadores	Fornecer orientações detalhadas ao paciente e seus cuidadores sobre os cuidados específicos necessários para gerenciar a insuficiência renal em casa, incluindo informações sobre medicações, dieta, monitoramento de sinais vitais e reconhecimento de sintomas de alerta.	Boonstra et al. (2022): O estudo destaca as experiências e barreiras para autogerenciamento em pacientes com doença renal crônica e baixa literacia em saúde. Os resultados apontam para a necessidade de melhor explicação por parte dos profissionais de saúde sobre o autogerenciamento da doença, além de estratégias comportamentais e treinamento para apoiar efetivamente pacientes com baixa literacia em saúde.
Acompanhamento Nefrológico Pós-Alta	Estabelecer um plano de acompanhamento nefrológico pós-alta, assegurando que os pacientes tenham acesso contínuo a consultas com nefrologistas para monitoramento da função renal, ajuste de medicações e discussão de quaisquer preocupações.	Wu et al. (2020): O estudo avaliou os resultados a longo prazo do acompanhamento nefrológico após um episódio grave de lesão renal aguda (LRA). Pacientes que receberam acompanhamento nefrológico apresentaram menor taxa de mortalidade, menos eventos cardiovasculares adversos e melhor controle da pressão arterial. O acompanhamento nefrológico foi associado a resultados melhores, destacando sua importância na continuidade do cuidado pós-LRA.
Cuidado Especializado para Idosos	Considerar as necessidades específicas dos idosos na transição para o domicílio, garantindo que o plano de cuidados leve em consideração fatores como polifarmácia, capacidade funcional reduzida e possíveis limitações cognitivas.	Van Dipten et al. (2022): O estudo investigou a viabilidade de encaminhar pacientes idosos com doença renal crônica moderada a avançada de volta à atenção primária. Os resultados mostraram que o encaminhamento de volta é seguro e viável, com pacientes apresentando bons resultados renais após 1 ano. No entanto, a qualidade do cuidado dos médicos de família pode ser aprimorada, destacando a necessidade de suporte além de uma carta de transferência.

Promoção da Autogestão e Literacia em Saúde	Desenvolver estratégias que promovam a autogestão da insuficiência renal, levando em conta as barreiras relacionadas à literacia em saúde. Isso pode incluir o uso de materiais educativos acessíveis e a implementação de programas de apoio.	Boonstra et al. (2022): O estudo sugere três caminhos para otimizar a autogestão em pacientes com doença renal crônica e baixa literacia em saúde: fornecer informações mais precoces aos pacientes, implementar estratégias centradas na pessoa e aprimorar as competências dos profissionais de saúde.
Avaliação Regular da Função Renal e Monitoramento de Comorbidades	Incorporar avaliações regulares da função renal e monitoramento de comorbidades associadas, como hipertensão e diabetes, para garantir a detecção precoce de possíveis complicações e a adaptação do plano de cuidados conforme necessário.	Haines et al. (2021): O estudo longitudinal destacou um declínio substancial na função renal nos primeiros 6 meses após a alta hospitalar. Ressalta a importância do monitoramento regular da função renal nos meses iniciais após a lesão renal aguda (LRA) para abordar o risco aumentado de desfechos ruins associados a esse período crítico.
Integração com Atenção Primária	Facilitar a transição suave do acompanhamento especializado para a atenção primária, promovendo a colaboração entre nefrologistas e profissionais de saúde na comunidade para garantir a continuidade do cuidado.	Van Dipten et al. (2022): O estudo sobre o encaminhamento de pacientes idosos com doença renal crônica de volta à atenção primária destaca a necessidade de uma abordagem segura e viável. Os resultados enfatizam a importância da colaboração entre atenção primária e especializada para garantir a continuidade efetiva do cuidado.

Fonte: Elaborado pelo autor, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

A revisão foi publicada em periódico científico na área da saúde (Qualis A4) e pode ser consultada na íntegra por meio do link de acesso: <http://revista.sear.com.br/rei/article/view/509>

4.2 Apresentação do produto

O Plano de Alta foi elaborado, embasado nas referências consultadas (GREER et al., 2016; THANAPONGSATORN et al., 2021; WU et al., 2020; VAN DIPTEN et al., 2022; HAINES et al., 2021; BARRETO et al., 2021; BOONSTRA et al., 2022; SILVER et al., 2015; SILVER et al., 2018) e apoiado, também, na Teoria de Transição de Cuidados de Meleis (MELEIS, 2010; MELEIS, 2000; BURK et al., 2013).

Após avaliar a literatura selecionada e analisar os demais textos científicos sobre o tema, o conjunto de dados obtidos no presente estudo, foram agrupados em 9 (nove) domínios considerados necessários para garantir a transição segura da alta hospitalar do idoso em IR (Quadro 5), a saber:

- I. Avaliação do paciente: estado de saúde mental, nível de funcionalidade, comorbidades, necessidades de cuidados especiais;
- II. Educação do paciente e cuidadores: natureza da insuficiência renal, medicamentos prescritos, controle da pressão arterial e glicose; cuidados com a diálise, dieta renal, sinais de complicações;
- III. Gerenciamento da medicação: lista de medicamentos, horário e dosagem, efeitos colaterais; adesão ao plano terapêutico;
- IV. Monitoramento da saúde: Medicação da pressão arterial na residência, monitoramento dos níveis de glicose, controle de peso regular, consultas de acompanhamento;
- V. Apoio psicossocial: Grupos de apoio para pacientes com insuficiência renal, avaliação de apoio emocional, interação social e atividades adequadas ao paciente;
- VI. Plano de atividade física: prática de atividade física adequadas ao paciente;
- VII. Nutrição: avaliação nutricional, monitoramento da ingestão de líquidos e outros alimentos, orientação sobre os hábitos alimentares saudáveis;
- VIII. Ambiente seguro: avaliação das questões de segurança do ambiente doméstico;
- IX. Continuidade dos cuidados: seguimento do atendimento em saúde, transição de cuidados (equipe de saúde, cuidadores e familiares), contatos para emergência ou dúvidas.

Quadro 5 - Apresentação do Plano de alta de enfermagem para paciente idoso com insuficiência renal, 2024.

PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE IDOSO COM INSUFICIÊNCIA RENAL[1]							
PACIENTE:		PRONTUÁRIO:					
DATA DA ALTA:		/ /					
Objetivo geral: Descrever o processo de orientação de alta hospitalar para os pacientes paciente idoso com insuficiência em transição para o domicílio.							
ORIENTAÇÃO - ALTA DE ENFERMAGEM		S I M	N Ã O	NÃO SE APLICA			
I. Avaliação do Paciente:							
Objetivo: Avaliar o estado de saúde do paciente idoso, identificando suas necessidades imediatas e futuras.							
Profissional Responsável: Enfermeiro.							
Material Necessário: Prontuário e material para verificação de sinais vitais.							
a. Estado de saúde atual							
Sinais vitais: verificar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura.							
Presença de sintomas relacionados à insuficiência renal (fadiga, edema, alterações urinárias).							
Avaliação da dor ou desconforto.							
Observação de alterações no peso corporal.							
b. Nível de funcionalidade							
Avaliar capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs).							
Identificar possíveis limitações físicas ou cognitivas.							
Conhecer a mobilidade e a autonomia do paciente.							
c. Comorbidades							
Revisar histórico de saúde para identificar condições pré-existentes.							
Avaliar o controle de comorbidades como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas.							
Identificar condições que possam impactar no manejo da insuficiência renal.							
d. Necessidades de cuidados especiais							
Identificar necessidades específicas de cuidados, como cuidados de feridas, cuidados com acessos vasculares para diálise, etc.							
Verificar se há necessidade de adaptações no ambiente domiciliar para garantir segurança.							
Avaliar a necessidade de cuidados adicionais de enfermagem, como curativos ou monitoramento frequente.							
II. Educação do Paciente e Cuidadores:							
Objetivo: Fornecer informações educativas sobre a insuficiência renal, promovendo o autocuidado e a compreensão da condição.							
Profissional Responsável: Enfermeiro.							
Material Necessário: Materiais educativos, folhetos, modelos anatômicos do sistema renal.							
a. Explicar a Natureza da Insuficiência Renal:							
Descrever de forma compreensível a função dos rins e como a insuficiência renal afeta essa função.							
Esclarecer a importância do tratamento para gerenciar a condição.							
b. Instruções sobre Medicamentos Prescritos:							
Listar todos os medicamentos prescritos, incluindo nome, dosagem, horário e modo de administração.							
Explicar os efeitos colaterais possíveis e quando comunicar ao profissional de saúde.							

c. Orientações sobre o Controle da Pressão Arterial e Glicose:				
Fornecer informações sobre a relação entre insuficiência renal, pressão arterial e controle glicêmico.				
Instruir sobre a importância do monitoramento regular da pressão arterial e glicose.				
d. Demonstração e Instrução sobre Cuidados com a Diálise (se aplicável):				
Realizar uma demonstração prática do processo de diálise, se relevante.				
Fornecer instruções sobre a higiene e cuidados com o local de acesso vascular.				
e. Incentivar uma Dieta Renal Amigável, com Restrição de Sódio, Fósforo e Potássio:				
Elaborar uma lista de alimentos permitidos e restritos na dieta renal.				
Explicar a importância do controle de sódio, fósforo e potássio na dieta.				
Ensinar sobre a Importância da Ingestão Adequada de Líquidos.				
Explicar a relação entre a ingestão de líquidos e a função renal.				
Instruir sobre a quantidade recomendada de líquidos diários.				
g. Identificar Sinais de Complicações e Quando Buscar Atendimento:				
Descrever os sintomas de complicações possíveis, como edema, falta de ar, alterações na diurese.				
Orientar sobre os procedimentos de emergência e quando procurar atendimento médico imediato.				
Observações Gerais				
Confirmar a compreensão do paciente e cuidadores por meio de perguntas.				
Oferecer material educativo impresso para referência futura.				
Encorajar a comunicação aberta e esclarecimento de dúvidas.				
III. Gerenciamento da Medicação:				
Objetivo: Assegurar a administração correta dos medicamentos prescritos, otimizando a eficácia do tratamento.				
Profissional Responsável: Enfermeiro				
Material Necessário: Lista de medicamentos, seringas.				
a. Revisar a Lista de Medicamentos Prescritos:				
Confirmar a lista atualizada de medicamentos prescritos.				
Verificar se há interações medicamentosas.				
b. Instruções sobre Horários e Dosagens:				
Fornecer informações precisas sobre os horários e a dosagem de cada medicamento.				
Destacar a importância de seguir rigorosamente o cronograma prescrito.				
c. Esclarecimento sobre Efeitos Colaterais:				
Explicar os possíveis efeitos colaterais associados a cada medicamento.				
Destacar sinais de reações adversas que requerem atenção médica.				
d. Incentivar a Adesão ao Plano de Medicação:				
Discutir a importância da aderência à medicação para o controle da insuficiência renal.				
Identificar potenciais barreiras à aderência e propor soluções.				
Observações Gerais:				
Certificar-se de que o paciente comprehende as instruções, incentivando perguntas.				
Avaliar se o paciente possui um sistema de alerta eficaz para organizar e lembrar-se das medicações.				
Destacar a importância de informar ao profissional de saúde sobre qualquer alteração nos medicamentos prescritos.				

IV. Monitoramento da Saúde:

Objetivo: Facilitar o monitoramento regular dos sinais vitais e parâmetros clínicos em casa.
Profissional Responsável: Enfermeiro.

Material Necessário: Aparelho de verificação de pressão arterial, diário de saúde.

a. Instruções sobre a Medição da Pressão Arterial em Casa:

Demonstrar o uso correto do aparelho de pressão arterial.

Fornecer orientações sobre a frequência e os momentos ideais para a medição.

Incentivar o registro sistemático dos resultados.

b. Instruções sobre o Monitoramento dos Níveis de Glicose (se aplicável):

Instruir sobre o uso do medidor de glicose, se necessário.

Explicar os objetivos do monitoramento e quando realizar as medições.

Orientar sobre a interpretação dos resultados e ação a ser tomada em caso de variações.

c. Aconselhamento sobre o Controle de Peso Regular:

Explicar a importância do controle de peso na gestão da insuficiência renal.

Instruir sobre a frequência e a técnica adequada para pesagens em casa.

Destacar a necessidade de relatar variações significativas ao profissional de saúde.

d. Agendamento de Consultas de Acompanhamento com Nefrologista e Outros Profissionais de Saúde:

Garantir que o paciente tenha marcado consultas de acompanhamento com o nefrologista.

Verificar se há necessidade de consultas adicionais com outros profissionais de saúde (nutricionista, fisioterapeuta, assistente social etc.).

Confirmar o entendimento do paciente sobre a importância dessas consultas.

Observações Gerais:

Certificar-se de que o paciente possui os equipamentos necessários para monitoramento em casa.

Incentivar a consistência e a precisão nas medições realizadas em casa.

Registrar todas as instruções fornecidas e os resultados de monitoramento no prontuário do paciente.

V. Apoio Psicossocial:

Objetivo: Proporcionar suporte emocional ao paciente, promovendo a adaptação à nova condição de saúde.

Profissional Responsável: Psicólogo e Enfermeiro

Material Necessário: Questionários de avaliação psicológica, recursos audiovisuais.

a. Encorajar a Participação em Grupos de Apoio para Pacientes com Insuficiência Renal:

Informar sobre a existência de grupos de apoio locais ou online.

Explicar os benefícios da participação em grupos de compartilhamento de experiências.

Auxiliar na identificação de grupos adequados às preferências e necessidades do paciente.

b. Avaliação de Apoio Emocional e Encaminhamento, se Necessário:

Realizar uma avaliação do estado emocional do paciente.

Identificar sinais de ansiedade, depressão ou estresse relacionados à insuficiência renal.

Encaminhar para serviços de apoio emocional, se necessário, como psicólogo ou assistente social.

c. Promover a Interação Social e Atividades Recreativas Adequadas ao Estado de Saúde do Paciente:

Avaliar o nível de interesse e capacidade do paciente para participar de atividades sociais.

Recomendar atividades recreativas adequadas ao estado de saúde do paciente.

Estimular a participação em eventos sociais e familiares, adaptados às limitações físicas, se presentes.

Observações Gerais:				
Incentivar a expressão de sentimentos e preocupações por parte do paciente.				
Garantir que o paciente esteja ciente dos recursos disponíveis para apoio psicossocial.				
Monitorar regularmente a resposta emocional do paciente ao diagnóstico e tratamento.				
VI. Plano de Atividade Física:				
Objetivo: Orientar o paciente sobre atividades físicas adequadas para manter a saúde geral.				
Profissional Responsável: Fisioterapeuta e Enfermeiro				
Material Necessário: Guia de exercícios, material de fisioterapia.				
a. Recomendar Atividades Físicas Adequadas à Condição do Paciente:				
Avaliar o estado físico atual do paciente.				
Consultar o histórico de atividades físicas prévias e preferências.				
Recomendar atividades de baixo impacto que se adequem à condição renal, como caminhadas, natação leve, yoga ou tai chi.				
b. Incentivar a Prática Regular de Exercícios Leves, como Caminhadas, Conforme Tolerado:				
Estabelecer metas realistas e progressivas para a prática de exercícios.				
Instruir sobre a importância de iniciar com atividades leves e aumentar gradualmente a intensidade, conforme tolerado.				
Fornecer orientações específicas sobre a frequência e a duração recomendadas para a prática de exercícios.				
Observações Gerais:				
Certificar-se de que o paciente comprehende as limitações e as recomendações para a prática de exercícios.				
Estar atento a sinais de fadiga excessiva ou desconforto durante a atividade física.				
Incentivar a inclusão de atividades físicas no cotidiano, de acordo com as possibilidades e preferências do paciente.				
VII. Nutrição:				
Objetivo: Promover uma dieta equilibrada, adaptada às necessidades renais específicas do paciente.				
Profissional Responsável: Nutricionista e Enfermeiro				
Material Necessário: Cardápio personalizado, lista de alimentos restritos.				
a. Colaborar com um Nutricionista para Desenvolver um Plano Alimentar Personalizado:				
Encaminhar o paciente a um nutricionista especializado em insuficiência renal.				
Coletar informações detalhadas sobre hábitos alimentares, preferências e restrições alimentares.				
Colaborar com o nutricionista na criação de um plano alimentar personalizado, levando em consideração as necessidades específicas da insuficiência renal.				
b. Monitorar a Ingestão de Líquidos e Seguir Orientações Dietéticas:				
Avaliar a quantidade de líquidos ingeridos diariamente.				
Instruir o paciente sobre as restrições de sódio, fósforo e potássio na dieta.				
Orientar sobre a importância de seguir o plano alimentar prescrito.				
c. Educação sobre Escolhas Alimentares Saudáveis:				
Fornecer informações sobre escolhas alimentares que promovam a saúde renal.				
Explicar a importância de uma dieta equilibrada, rica em nutrientes essenciais.				
Instruir sobre o impacto de certos alimentos na função renal.				
Observações Gerais:				
Certificar-se de que o paciente comprehende as orientações dietéticas.				
Incentivar a comunicação aberta sobre preferências alimentares e possíveis desafios na adesão à dieta.				

Colaborar com a equipe de nutrição para ajustar o plano alimentar conforme necessário.			
VIII. Ambiente Seguro:			
Objetivo: Minimizar riscos ambientais que possam afetar a segurança do paciente idoso. Profissional Responsável: Enfermeiro. Material Necessário: Equipamentos de segurança, adaptadores para banheiro.			
a. Avaliar e Modificar o Ambiente Doméstico para Minimizar Riscos de Queda:			
Realizar uma avaliação completa do ambiente domiciliar em busca de possíveis riscos.			
Identificar áreas que podem ser modificadas para melhorar a acessibilidade e reduzir o risco de quedas.			
Recomendar adaptações, como corrimãos, tapetes antiderrapantes e iluminação adequada.			
b. Instruções sobre Segurança em Casa, Especialmente no Banheiro e na Cozinha:			
Fornecer instruções específicas sobre como tornar o banheiro seguro, incluindo a instalação de barras de apoio.			
Orientar sobre precauções na cozinha, como evitar derrapagens e manusear utensílios com segurança.			
Instruir sobre o uso adequado de dispositivos de auxílio, como cadeiras de banho e apoios para caminhar.			
Observações Gerais:			
Certificar-se de que o paciente e seus cuidadores compreendem e implementam as modificações sugeridas.			
Incentivar a prática de hábitos seguros, como utilizar corretamente os dispositivos de auxílio.			
Revisitar periodicamente o ambiente doméstico para ajustar as modificações conforme necessário.			
IX. Continuidade dos Cuidados:			
Objetivo: Garantir uma transição suave dos cuidados hospitalares para o ambiente domiciliar. Profissional Responsável: Enfermeiro. Material Necessário: Plano de cuidados, informações de contato.			
a. Garantir a Compreensão do Paciente sobre a Importância do Seguimento do Atendimento em Saúde:			
Revisar o plano de acompanhamento de saúde com o paciente.			
Explicar a importância das consultas de acompanhamento com o nefrologista e outros profissionais de saúde.			
Certificar-se de que o paciente compreende os benefícios do acompanhamento regular.			
b. Coordenar a Transição de Cuidados entre a Equipe de Saúde, Cuidadores e Familiares:			
Facilitar a comunicação entre os diferentes membros da equipe de saúde envolvidos no cuidado do paciente.			
Coordenar informações relevantes sobre o estado de saúde do paciente com os cuidadores e familiares.			
Certificar-se de que todos estão cientes dos procedimentos de cuidado e responsabilidades específicas.			
c. Fornecer Informações de Contato para Dúvidas ou Emergências:			
Fornecer números de contato direto para a equipe de enfermagem e profissionais de saúde.			
Instruir sobre quando entrar em contato em caso de dúvidas ou emergências.			
Garantir que o paciente e seus cuidadores tenham informações claras sobre como acessar ajuda quando necessário.			
Observações Gerais:			
Confirmar que o paciente possui uma cópia do plano de cuidados e			

informações de contato.				
Incentivar os cuidadores a comunicar prontamente qualquer mudança no estado de saúde do paciente.				
Revisar periodicamente o plano de continuidade dos cuidados para ajustes conforme necessário.				
ATENÇÃO: Este plano de alta deve ser adaptado de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e as práticas de saúde locais.				
A colaboração entre a equipe de saúde, o paciente e os cuidadores/família são fundamentais para garantir uma transição organizada do hospital para o domicílio ou casa de repouso e um manejo eficaz da insuficiência renal.				

Fonte: Elaborado pelo autor, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

Após a elaboração do Plano de Alta de Enfermagem ao idoso em IR observou-se a necessidade de criar um documento que apoie o enfermeiro, que em caso de dúvidas, poderá consultá-lo. Este documento de apoio foi elaborado, diante da constatação da pesquisadora que em um serviço de saúde, nem todos os profissionais que ali trabalham receberam o mesmo tipo de conhecimento, sabendo- se que existem variações no preparo profissional; então, tal documento encontra-se apresentado no Quadro 6.

Em relação ao item I “Avaliação do paciente” no que diz respeito à avaliação dos parâmetros vitais contidos nesta etapa do plano de alta, sugere-se que o enfermeiro e a sua equipe de enfermagem utilizem o protocolo de verificação de sinais vitais (pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, mensuração da dor e controle de glicemia capilar), contido no quadro seguinte. Podem, ainda, utilizar os informativos do Ministério da Saúde com as orientações necessárias para o profissional de saúde acompanhar o idoso. Sugere-se utilizar, ainda, a Caderneta de Saúde do Idoso para avaliar o nível de funcionalidade e das condições do ambiente. Para a abordagem sobre feridas e/ou ulcerações, o plano de alta do hospital, as sugestões é consultar o Caderno de Atenção Básica em Saúde para o manejo da pessoa com diabetes. Neste caderno a equipe de enfermagem pode encontrar informações valiosas sobre os cuidados para evitar lesões nos pés do idoso, bem como sobre o manejo dessas lesões quando já instaladas.

Para abordagem do tema Educação do Idoso e Familiar, item II do plano de alta, sugere-se que o profissional de saúde utilize as informações contidas nos Cadernos de Atenção Básica sobre estratégias para o manejo do diabetes e da hipertensão arterial, disponíveis on-line, conforme citado anteriormente, além da própria Caderneta de Saúde.

Em relação ao gerenciamento de medicamentos, item III do plano de alta, pode ser utilizada a Caderneta de Saúde para auxiliar na organização da lista dos medicamentos prescritos. Outra sugestão é utilizar a planilha construída para gerenciamento de medicamentos

(Apêndice A) contendo local para anotação das medicações prescritas, a posologia e a distribuição dos horários durante o dia.

Referente à abordagem do tema monitoramento da saúde, item IV do plano de alta, sugere-se utilizar o protocolo (Apêndice B) sobre aferição de parâmetros vitais e de glicemia capilar conforme descrito anteriormente. Para o controle de peso e agendamento de consultas com especialista sugere-se utilizar a Caderneta de Saúde do Idoso. Pode também ser utilizado como referência o Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada: endocrinologia e nefrologia (BRASIL, 2015), em que o profissional de saúde encontrará informações sobre os encaminhamentos para o especialista.

Para a abordagem do item V Apoio psicossocial do plano de alta, sugere-se a utilização da própria Caderneta de Saúde do Idoso, além de outros materiais que o profissional psicólogo achar necessário acrescentar para enriquecer a avaliação do idoso, como exemplo, os instrumentos de rastreio para depressão, ansiedade e estresse.

Em relação ao planejamento de atividades físicas (Item VI) contidas neste tema sugere-se a consulta aos Cadernos de Atenção Básica em Saúde, estratégias para o cuidado à pessoa com hipertensão arterial (Número 37) e diabetes mellitus (Número 36), além da própria Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

No que diz respeito ao tema específico de Nutrição (Item VII) do plano de alta do hospital, os profissionais nutricionistas, auxiliados pela equipe de enfermagem, poderão orientar-se, a partir dos mesmos documentos citados anteriormente, para elaborar as orientações sobre a dieta personalizada do idoso em IR. Além das sugestões apontadas neste estudo, os profissionais do suporte nutricional poderão elaborar suas próprias cartilhas contendo informações sobre a dieta ideal para o idoso.

Para explorar o tema sobre segurança no ambiente (Item VIII), conforme mencionado anteriormente, pode ser utilizado a própria Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que contém informações relevantes sobre como prevenir quedas no domicílio.

Sobre o tema da transição segura de cuidados constante no plano de alta hospitalar, item IX “Continuidade dos cuidados” sugere-se o seguinte:

A. sobre o item informações de contato - anotar na própria Caderneta de Saúde da Pessoa idosa os contatos das pessoas de referência, tanto desta pessoa quanto da equipe multiprofissional responsável pela sua saúde (verificar se há telefone para contato na Unidade Básica de Saúde de referência). Inclusive sugere- se anotar o contato da instituição hospitalar onde o idoso poderá buscar informações sobre sua saúde.

B. Sobre o item comunicação entre os diferentes setores de saúde (intra e extra

hospitalar) - Ao coordenar a alta hospitalar do idoso em transição para o domicílio sugere-se que o enfermeiro encaminhe memorandos e /ou ofícios aossetores de referência interna do hospital, como, por exemplo: Serviço Social, Nutrição e Dietética, Fisioterapeuta, Psicólogo, Farmácia (Farmácia Clínica se houver) bem como a Atenção Básica em Saúde, comunicando a data provável da alta e as condições em que o idoso encontra-se no momento da alta.

Durante a prática diária, a pesquisadora tem se deparado com situações nas quais o fluxo de informações entre a enfermagem e os demais setores internos de apoio hospitalar e a Atenção Básica não favoreceu uma comunicação eficaz com relação ao idoso que estava de alta. Entende-se que a articulação entre os diferentes saberes pode ser um elemento facilitador para a transição segura doidoso em IR do hospital para o domicílio.

Neste contexto sugere-se a consulta dos memorandos, criado pela pesquisadora, a saber: Memorando direcionado para a Farmácia do hospital (Apêndice C), ao Serviço Social (Apêndice D), ao Serviço de Nutrição (Apêndice E), ao setor de fisioterapia (Apêndice F) e ao serviço de Atenção Básica em Saúde (Apêndice G).

No quadro 6, se verifica os itens do plano de alta e seus níveis de cuidado, bem como os documentos de apoio, que em caso de dúvida, os profissionais podem consultar para retomar a leitura científica sobre o tema e os cuidados sugeridos no produto tecnológico em saúde elaborado.

Quadro 6 - Descrição das informações para apoiar os enfermeiros e a equipe de enfermagem (em caso de dúvidas) no preenchimento do plano de alta, de acordo com ação e documento a ser consultado.

Item	Orientação maior	Documentos a serem consultados
I	Avaliação do paciente	<p>Protocolo para aferição de sinais vitais e de glicemia capilar, disponível como apêndices desta dissertação (Apêndice B).</p> <p>Linhas de cuidados Doença Renal Crônica (DRC) em adultos - Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária. https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/doenca-renal-cronica-%28DRC%29-em-adultos/unidade-de-atencao-primaria/</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - tópico avaliação da dor crônica https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p> <p>Caderno de Atenção Básica (Número 36): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf</p>

II	Educação do paciente e cuidadores	<p>Caderno de Atenção Básica (Número 36): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf</p> <p>Caderno de Atenção Básica (número 37): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arteriaisistêmica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_si_stemcia_cab37.pdf</p> <p>Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf (saude.gov.br)</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p>
III	Gerenciamento da medicação	<p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p> <p>Planilha construída pela pesquisadora para gerenciamento de medicamentos (Apêndice A)</p>
IV	Monitoramento da saúde	<p>Protocolo para aferição de sinais vitais e de glicemia capilar (Apêndice B).</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p> <p>Protocolos de Encaminhamento para Atenção Especializada http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_voll_Endocrinologia_Nefrologia.pdf</p>
V	Apoio psicossocial	<p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Tópico avaliação psicossocial https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p>
VI	Plano de atividade física	<p>Caderno de Atenção Básica (Número 36): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf</p> <p>Caderno de Atenção Básica (número 37): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arteriaisistêmica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_si_stemcia_cab37.pdf</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf</p>
VII	Nutrição	<p>Caderno de Atenção Básica (Número 36): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf</p> <p>Caderno de Atenção Básica (número 37): Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arteriaisistêmica. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_si_stemcia_cab37.pdf</p> <p>Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa</p>

		https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf
VIII	Ambiente seguro	Consultar Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf
IX	Continuidade dos cuidados	Consultar documento do Ministério da Saúde “Protocolos de encaminhamento para atenção especializada http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_voll_Endocrinologia_Nefrologia.pdf

Fonte: Elaborado pelo autor, Barra do Garças-MT, Brasil, 2023.

No presente estudo, que objetivou construir um Plano de Alta de Enfermagem à Pessoa Idosa com Insuficiência Renal em Transição para o Domicílio realizou-se, inicialmente, uma Revisão Integrativa com o propósito de identificar os artigos que poderiam dar embasamento ao Plano de Altas proposto, o qual também foi embasado na Teoria de Enfermagem proposta por Meleis (MELEIS; TRANGENSTEIN, 2010).

A alta hospitalar pode ser considerada uma transição múltipla de saúde/-doença e, também, situacional, do hospital para a Comunidade. Se tal transição for realizada precocemente e sem o devido planejamento, corre-se o sério risco do indivíduo que recebeu alta ser reinternado (FERREIRA; BAIXINHO, 2021).

A transição do hospital para casa é um desafio para os pacientes idosos com doenças crônicas, o qual é o caso daqueles abordados no presente estudo, com insuficiência renal e necessitando de terapias dialíticas.

Práticas pouco saudáveis de transição de cuidados podem estar associadas a um risco aumentado de resultados adversos e taxas de readmissão. A segurança e a qualidade das transições de cuidados ganharam atenção global e os prestadores de cuidados de saúde têm a responsabilidade de ajudar os idosos a fazer uma transição suave, segura e saudável (SUN et al., 2023).

Por isso, a autora deste estudo, enfermeira especialista em hemodiálise, optou por realizar um plano de alta o mais completo e seguro possível, apto a ser executado por algum outro enfermeiro, mesmo não especialista.

A análise que realizou reuniu uma variedade de estudos que exploraram distintos aspectos dos cuidados aos pacientes com lesões renais agudas (LRA) e doença renal crônica (DRC), destacando a complexidade e a diversidade das questões relacionadas a essas condições.

Cada estudo, conduzido por diferentes autores e em momentos específicos (GREER et al., 2016; THANAPONGSATORN et al., 2021; WU et al., 2020; VAN DIPTEN et al., 2022;

HAINES et al., 2021; BARRETO et al., 2021; BOONSTRA et al., 2022; SILVER et al., 2015; SILVER et al., 2018), contribuiu para uma maior compreensão acerca dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e pelos próprios pacientes, na transição do hospital para os domicílios e/ou outros lares, ao longo do *continuum* de cuidados renais.

Greer et al. (2016) abordaram a importância das comunicações durante as transições de cuidado para pacientes com LRA, destacando a necessidade de melhorias na qualidade dessas comunicações para aprimorar as transições de cuidado pós-hospitalares. Este estudo, transversal, apresentou uma visão inicial sobre o cenário de comunicação durante as altas hospitalares para pacientes com LRA.

Thanapongsatorn et al. (2021) avançaram na exploração ao realizar um ensaio clínico randomizado sobre os resultados da implementação de cuidados abrangentes por uma equipe multidisciplinar para sobreviventes de LRA grave. Os resultados sugerem que esse modelo de cuidado pode ter impactos positivos significativos na qualidade de vida e nos desfechos clínicos desses pacientes. (ACOSTA et al., 2018; ACOSTA et al., 2020).

O estudo de Wu et al. (2020) ofereceu uma perspectiva internacional ao avaliar o acompanhamento nefrológico de pacientes com doença renal aguda em Taiwan. Os resultados indicaram que esse acompanhamento está associado aos melhores desfechos a longo prazo, destacando a importância da continuidade do cuidado por meio do envolvimento de nefrologistas. Van Dipten et al. (2022) exploraram a viabilidade de encaminhar pacientes com doença renal crônica moderada a avançada estáveis de volta à atenção primária, indicando a necessidade de uma abordagem cuidadosa e avaliação da qualidade do cuidado durante esse processo de transição. Haines et al., (2021) ampliaram a análise para os pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI), modelando a alteração da função renal após alta hospitalar. Esses resultados evidenciaram a necessidade de um acompanhamento cuidadoso nos meses críticos após a alta, independentemente da gravidade da LRA durante a internação na UTI.

Barreto et al. (2021) concentraram-se na avaliação da frequência do acompanhamento ambulatorial após a alta em uma coorte baseada na população, destacando a importância dessa prática para garantir uma continuidade eficaz do cuidado a pacientes sobreviventes de LRA. Nessa direção, Boonstra et al. (2022) realizaram uma abordagem qualitativa para explorar as experiências e barreiras ao autogerenciamento em pacientes com baixa literacia em saúde e DRC, revisitando questões importantes relacionadas à compreensão da condição e ao suporte adequado.

Os estudos de Silver et al. (2015, 2018) complementam a análise geral, apresentando uma perspectiva longitudinal sobre a implementação de uma clínica de acompanhamento

pós-LRA e explorando as percepções de pacientes e cuidadores sobre a LRA e os cuidados pós-hospitalares. Assim, na conjuntura desses estudos tem-se uma compreensão mais global dessas condições renais, bem como obtiveram algumas estratégias de melhoria nos cuidados dos pacientes com tais problemas.

Cuidados de qualidade para indivíduos e famílias durante os períodos de transição de hospitais para os domicílios constituem-se em um dos principais problemas que os sistemas e prestadores de cuidados de saúde enfrentam hoje (ORR et al., 2020). De modo ideal, a transição nos cuidados de saúde deve ser perfeita e incorporar um plano de alta bem pensado e centrado no paciente; ainda assim, muitos pacientes hospitalizados acabam não sendo bem preparados para a alta, comprometendo assim a sua própria segurança e a qualidade do atendimento (MACKAVEY, 2016).

O momento da transição do ambiente hospitalar para o domicílio representa um período crítico para a continuidade do cuidado, especialmente em pacientes idosos com insuficiência renal aguda (IRA). A qualidade das comunicações de alta hospitalar desempenha um papel fundamental nesse processo, influenciando diretamente a eficácia dos planos de alta (GREER et al., 2016).

A Teoria de Transição de Cuidados de Meleis tem sido utilizada em estudos abordando pacientes com idades variadas, que receberam alta hospitalar, tais como: neonatos em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), cuja transição para os domicílios têm colocado as mães jovens e os seus bebês em risco de maus resultados após a alta da UTIN (ORR et al., 2020), pacientes idosos que receberam marcapasso artificial, identificando-se que o cuidado transicional recebido de enfermeiras não possuía fundamentação teórica, relatando como prioridade o cuidado com a carteira de identificação do marcapasso e com a ferida operatória (OLIVEIRA et al., 2021); pacientes idosos submetidos a cirurgias cardíacas abertas, complexas e de longa duração, os quais em estudo quase experimental foram submetidos a um programa de cuidados transicionais e comprovaram a sua eficácia (SOMANAWAT; LEETHONG-IN; MITPRACHAPRANEE, 2023); pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) que receberam orientações em um programa de transição e indicaram ter uma experiência positiva com a educação fornecida, alteraram suas rotinas diárias e informaram que o programa de transição de cuidados foi benéfico para os ajudar a cuidar de si próprios com sucesso após a alta (WILLIAMS, 2021).

De acordo com Greer et al. (2016) a inadequada comunicação de alta hospitalar para pacientes com lesão renal aguda, devido a deficiências na documentação de informações essenciais, como presença, causa e curso da doença, proporciona mais transtornos no processo

de transição para o domicílio, considerando que a insuficiência renal é uma condição prevalente em idosos; por isso a análise dessas deficiências deve ter relevância e atenção por parte dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, a análise das práticas de alta hospitalar emerge como um componente essencial para a compreensão da eficácia das intervenções propostas para o cuidado de pessoas pós-lesão renal aguda grave.

O estudo conduzido por Thanapongsatorn et al. (2021), mostrou que um grupo submetido aos cuidados abrangentes apresentou resultados significativamente superiores em relação à viabilidade da alta hospitalar. Este aspecto foi avaliado por meio de indicadores como taxas de perda de seguimento, o registro alimentar de 3 dias, a reconciliação de medicamentos e as taxas de alerta de medicamentos ao longo de 12 meses. A constatação de uma maior conformidade nesses aspectos essenciais sugere que a implementação de um modelo de cuidado multidisciplinar pode ter implicações positivas na continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Além disso, é relevante destacar que, embora não tenha havido diferenças significativas na taxa de filtração glomerular estimada entre os grupos, o grupo de cuidados abrangentes demonstrou uma significativa redução na razão albumina: creatinina urinária. Essa observação sugere que o modelo de cuidado abrangente pode influenciar positivamente a saúde renal a longo prazo, indicando uma possível eficácia na prevenção de complicações renais (THANAPONGSATORN et al., 2021).

Outro ponto de destaque no estudo de Thanapongsatorn et al. (2021), foi a melhoria significativa no controle da pressão arterial no grupo de cuidados abrangentes em comparação com o grupo de cuidados padrão. Essa descoberta ressalta não apenas a importância da gestão renal, mas também a interconexão entre a insuficiência renal e os fatores de risco cardiovascular, sendo relevante para a saúde global do paciente.

Durante o período de acompanhamento, no estudo de Wu et al. (2020) os pesquisadores observaram que os pacientes que receberam o acompanhamento nefrológico apresentaram uma série de benefícios: foram mais propensos a receber medicações essenciais, como estatinas, anti-hipertensivos, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina, diuréticos, agentes antiplaquetários e antidiabéticos. Essa observação sugere uma abordagem mais abrangente e especializada na gestão da saúde renal e cardiovascular desses pacientes.

O estudo também evidenciou que os pacientes que receberam acompanhamento nefrológico tiveram uma taxa de mortalidade significativamente menor em comparação com

aqueles que não receberam esse acompanhamento. Essa associação foi observada após o ajuste para diversos fatores, indicando que o cuidado contínuo e especializado por nefrologistas desempenha um papel protetor importante na sobrevida dos pacientes com doença renal aguda (WU et al., 2020).

Então se percebe que o acompanhamento do paciente, pós-alta, de preferência, mesmo que liderados por iniciativa de uma enfermeira, deve ser feito por equipe multiprofissional, em que os saberes são construídos juntos e somados, em benefício da pessoa em seu domicílio.

A comparação entre os grupos com diferentes severidades de LRA destacou que existe uma série de complexidade da relação entre a gravidade da LRA e o desfecho renal a longo prazo mostrado no estudo realizado por Haines et al. (2021), e embora os pacientes com LRA moderada a grave tenham mostrado uma queda inicial mais acentuada na taxa de filtração glomerular estimada (TFGe), a recuperação foi menos robusta, resultando em uma TFGe mais baixa em comparação com os pacientes sem LRA, ao longo dos 7 anos de acompanhamento.

Para Boonstra et al. (2022) a DRC é uma condição de saúde complexa que demanda estratégias eficazes de autogestão para preservar a função renal e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O desafio adicional da literacia em saúde torna essencial a compreensão aprofundada das experiências e barreiras enfrentadas pelos pacientes, bem como a perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos em seu cuidado.

Algumas implicações nas práticas dos profissionais de saúde incluem a necessidade de melhorar a comunicação sobre a autogestão da DRC por parte deles próprios, bem como intervenções baseadas em abordagens comportamentais.

Futuras pesquisas podem se concentrar na elaboração e avaliação de tais intervenções, bem como no desenvolvimento de programas de treinamento para profissionais de saúde visando melhorar o suporte a pacientes com literacia em saúde (BOONSTRA et al., 2022).

- Plano de alta enfermagem ao idoso com insuficiência renal em transição para o domicílio

Tendo em vista que a Insuficiência Renal (IR) é uma doença com característica de progressão para estágios mais avançados, inclusive podendo levar o doente a depender da Terapia Renal Substitutiva (TRS) ou a morte (PEREIRA et al., 2017; AMARAL et al., 2019; ALCALDE, KIRSZTAJN, 2018) elaborou-se, então, o Plano de Enfermagem para alta hospitalar do idoso em IR. O intuito foi fornecer à equipe de enfermagem responsável pela realização das sessões de hemodiálise (HD) no Hospital Municipal Milton Pessoas Morbeck (HMMPM), um instrumento de trabalho contendo um roteiro seguro de orientação junto ao

idoso e à família.

As orientações realizadas neste instrumento foram compiladas a partir de umacriteriosa leitura e análise de estudos que abordaram o tema referente ao manejo do doente renal idoso, que recebeu alta do ambiente intra-hospitalar para o extra-hospitalar.

Embora a literatura destaque que a alta hospitalar inicia-se no momento da admissão, estendendo-se até a saída do hospital (TOMAZELA et al., 2023; RODRIGUES et al., 2023), este processo ocorre de maneira diferenciada.

Nesta instituição a alta do idoso em IR é entendida como a finalização do seu período de internação, a partir do momento em que há a cessação da necessidade de sessão da hemodiálise. Então, no HMMMP o plano de Enfermagem para a alta hospitalar inicia-se a partir do registro médico em prontuários acerca do diagnóstico de insuficiência renal e da solicitação de hemodiálise, apesar da literatura preconizar que a alta começa na “admissão do paciente”. Nesta instituição, o que é preconizado (COSTA et al., 2020) não é a realidade da prática pois, geralmente, o processo de preparação para a alta é iniciado quando o médico solicita a sessão de hemodiálise.

Entende-se que o planejamento da alta hospitalar beneficia o idoso em IR, a própria instituição hospitalar e os profissionais, tendo em vista que facilita a continuidade segura do cuidado recebido pelo Serviço de Enfermagem em Hemodiálise e pode ajudar a evitar a progressão da doença (ACOSTA et al., 2018; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

- Os benefícios do plano de alta de enfermagem para o idoso em IR

Considerando à frequência crescente de hospitalizações de pacientes idosos em IR, a fase de alta torna-se importante em seus cuidados, exigindo uma atenção especial para garantir uma assistência de qualidade. A expectativa é que os pacientes liberados para a alta estejam aptos a seguir as orientações medicamentosas, realizar atividades diárias e aderir ao plano de atendimento ambulatorial, incluindo programas de reabilitação, exames adicionais, consultas de acompanhamento e modificações no estilo de vida (THANAPONGSATORN et al., 2021). A falta de um planejamento adequado da alta e a negligência em qualquer umdesses aspectos pode resultar em readmissões e na deterioração da qualidade de vida

Uma transição de uma instituição hospitalar em que o paciente recebe cuidados vitais para o domicílio, se não for bem planejada, pode lhe provocar sofrimento, o que é totalmente indesejado e, consequentemente, pode lhe gerar complicações.

A experiência de Ramsay et al. (2014) no Reino Unido, mostrou que ospacientes de

terapia intensiva em transição para as enfermarias descreveram sentimentos de desconexão em relação à profunda debilitação e dependência e muitas vezes ficaram angustiados com a percepção de falta de compreensão, indiferença ou insensibilidade entre o pessoal da enfermaria, quanto às suas necessidades de cuidados básicos. Os autores sugerem que os estudos de Meleis mostraram-se ressonantes, em termos de explicar as experiências de sofrimento psicossocial dos pacientes de cuidados intensivos durante esta transição.

Então, supõe-se que se dentro da instituição hospitalar, com os pacientes necessitando de transferência de um local a outro, foi constatado o seu sofrimento, a transição do âmbito hospitalar para ambientes externos, possivelmente deve causar mais sofrimentos e inseguranças, ainda.

Por isso, a participação do paciente no planejamento da alta e suas atitudes em relação a si, à doença e à alta devem ser abordadas no que estiver relacionado à insuficiência renal. A satisfação do paciente e do cuidador quando os pacientes assumiram um papel ativo no planejamento da alta, é mais benéfico do que entre aqueles que têm uma postura mais passiva em relação às decisões sobre sua saúde (PATEL; BECHMANN, 2020).

A confiança do paciente nos profissionais de saúde foi identificada como um fator determinante nas trajetórias de cuidado. Dificuldades na participação de pacientes com multimorbididades na tomada de decisão médica foram reconhecidas. O envolvimento de familiares ou cuidadores foi importante destacando que a falta de informação e preparação para a alta resultou em riscos de readmissão e piores resultados (PATEL; BECHMANN, 2020).

Na gestão da vida após a alta para pacientes idosos com IR envolve preocupações sobre como encontrar uma situação de vida segura, necessidade contínua de cuidados e apoio e o desejo de recuperar a independência. A satisfação de vida dos pacientes é provável de melhorar ou manter-se após intervenções de cuidado integral (ACOSTA et al., 2018).

A solidão, viver sozinho e a fragilidade clínica foram associados aos desfechos adversos pós-alta, incluindo maior tempo de internação e maior probabilidade de readmissão. O controle medicamentoso também é destacado, observando-se erros de medicação como contribuintes para a complexidade do planejamento de alta. A segurança dos medicamentos foi considerada uma medida importante, com a polifarmácia sendo relatada em uma significativa porcentagem da população idosa (THANAPONGSATORN et al., 2021; NIETSCHÉ et al., 2024).

O estresse do cuidador é discutido em estudos, que revelam sobre a ausência de cuidadores informais que podem significativamente afetar o bem-estar dos pacientes (RAMELI; RAJENDRAN, 2020). Existe uma complexidade do planejamento de alta em

pacientes com insuficiência renal, enfatiza-se a importância da participação do paciente, envolvimento de familiares, gestão de medicamentos, suporte comunitário e estratégias eficazes de seguimento para promover uma transição bem-sucedida e reduzir os riscos pós-alta (NIETSCHE et al., 2024).

Igualmente, antes de liberar um paciente do hospital, é imprescindível realizar uma avaliação para garantir uma alta segura. Essa avaliação pelo enfermeiro considera vários fatores-chave, como a capacidade física e psicológica do paciente de seguir as instruções de alta, além do suporte financeiro e social para o acompanhamento necessário. Instituições com altas taxas de readmissão enfrentam sanções financeiras, destacando a importância do planejamento global da quitação na prevenção de readmissões (PATEL; BECHMANN, 2020).

A avaliação da situação domiciliar, o apoio do cuidador e o acesso aos cuidados de acompanhamento são essenciais ao liberar um paciente para casa. A colaboração eficaz entre uma equipe interprofissional é a chave para um planejamento de alta bem-sucedido, com médicos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais, pacientes, familiares e outros profissionais contribuindo para um plano personalizado. A avaliação da efetividade do planejamento de alta é complexa, mas sua qualidade está diretamente relacionada a taxas reduzidas de readmissão. O esforço contínuo para melhorar a comunicação e envolver os pacientes pode contribuir significativamente para o sucesso do planejamento de alta (PATEL; BECHMANN, 2020).

Acresce-se que se este paciente for uma pessoa idosa, o enfermeiro deve ater-se ao fato que a mudança das pessoas idosas para casas de cuidados residenciais tem sido considerada uma transição de vida significativa, muitas vezes resultando em seu estresse e ansiedade, com elas não se sentindo confiantes, vivendo com medo constante de perder a memória e tendo expectativas limitadas para o seu futuro (LEE et al., 2013). Supõe-se, então, que receber alta do hospital e ir para uma dessas casas que acolhem idosos, deve ser mais estressante e sofrido ainda e estes aspectos devem ser pensados pelo enfermeiro na elaboração de um plano de alta hospitalar.

- Os benefícios do plano de alta de enfermagem para a enfermagem

O aprimoramento do plano de alta de enfermagem representa uma estratégia fundamental para otimizar a interação entre os profissionais de saúde e as famílias, compreendendo pacientes e cuidadores. Esse refinamento, iniciado no momento da admissão, visa superar as barreiras enfrentadas pelas famílias. Ao priorizar a comunicação bidirecional, o plano de alta busca não apenas informar sobre o estado de saúde do paciente e os cuidados

prestados, mas também promover um planejamento cuidadoso e personalizado (NIETSCHE et al., 2024).

Essa abordagem precoce desencadeia uma compreensão aprimorada por parte dos pacientes sobre a gestão segura dos riscos, capacitação dos cuidadores no entendimento da doença/lesão e nas estratégias para enfrentá-la. Além disso, busca estabelecer expectativas realistas das famílias em relação à recuperação, autoconfiança e autoeficácia. Esses elementos convergem para a melhoria significativa da satisfação geral, recuperação e estado funcional do paciente (ACOSTA et al., 2018; ACOSTA et al., 2020).

O refinamento do plano de alta de enfermagem não apenas fortalece a eficácia do processo de cuidado, mas também contribui para uma dinâmica mais positiva e colaborativa entre os profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, resultando em benefícios substanciais para o bem-estar global dos indivíduos atendidos (RODRIGUES et al., 2023).

A melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e familiares (pacientes e cuidadores) sobre o estado de saúde do paciente, os cuidados prestados e o planejamento de cuidados é tornar-se um elemento central nas intervenções destinadas a aprimorar o processo de alta de idosos hospitalizados. Diversos estudos destacam a insatisfação de pacientes e cuidadores com a comunicação durante a prestação de cuidados de saúde quando, frequentemente, percebem a falta de informações adequadas dos profissionais de saúde. A falta de comunicação entre estes profissionais e os pacientes/familiares é uma das principais barreiras para um processo de alta efetivo (GREER et al., 2016; ACOSTA et al., 2018; ACOSTA et al., 2020; THANAPONGSATORN et al., 2021; RODRIGUES et al., 2023).

A inclusão das famílias no planejamento dos cuidados, tanto atuais quanto de seguimento, é vital. Ao envolver pacientes e cuidadores em discussões que reconheçam suas percepções de risco futuro, preocupações e barreiras para a recuperação, os profissionais de saúde podem obter as informações corretas para compartilhar. A consideração das expectativas dos pacientes em relação à recuperação deve ser enfatizada. Além disso, a consulta aos familiares fornece uma visão mais completa da situação, possibilitando a elaboração de um plano de alta personalizado (RODRIGUES et al., 2023).

Ao se comunicar com as famílias, os profissionais de saúde devem empregar linguagem leiga, evitando termos técnicos e levar em consideração a perspectiva das famílias para evitar que se sintam impotentes e vulneráveis. Essas práticas contribuem não apenas para a eficácia do processo de alta, mas também para a promoção de uma abordagem centrada no paciente e em sua rede de apoio (GREER et al., 2016; ACOSTA et al., 2018; ACOSTA et al., 2020).

- Os benefícios do plano de alta de enfermagem para a instituição hospitalar

Os prestadores de cuidados de saúde são instados a oferecer informações individualizadas, abrangentes, adequadas e repetidas, incluindo aconselhamentos sobre como lidar com condições de saúde e sintomas, além de fornecer informações escritas às famílias. A forma como essas informações são compartilhadas deve ser adaptada a cada paciente, envolvendo não apenas a transmissão de dados, mas também opiniões, conselhos e garantias sobre o progresso do paciente (PROVENCHER et al., 2021).

A introdução de um plano de alta estruturado na prática hospitalar oferece uma série de benefícios significativos para a instituição. Em primeiro lugar, a personalização deste plano conforme as necessidades individuais dos pacientes demonstra uma pequena redução no tempo de internação inicial, contribuindo para uma gestão mais eficiente dos recursos hospitalares. Além disso, para os pacientes idosos em condições adversas de saúde, a probabilidade de readmissões após a alta hospitalar é minimizada, indicando uma melhoria na continuidade do cuidado (GOMES et al., 2021).

A satisfação do paciente também é um fator relevante e há indícios de que a implementação de um plano de alta pode resultar em um aumento leve na satisfação em relação aos cuidados recebidos. Esse aspecto não apenas impacta positivamente na percepção do paciente, mas também contribui para a reputação da instituição no fornecimento de cuidados de alta qualidade (PATEL; BECHMANN, 2020).

Do ponto de vista financeiro, mesmo uma pequena redução no tempo de internação e nas taxas de readmissão pode ter um impacto substancial, promovendo uma utilização mais eficaz dos recursos financeiros disponíveis para a instituição hospitalar. A tendência de direcionar o plano de alta para pacientes de maior custo reforça essa abordagem voltada para uma gestão financeira mais estratégica (PATEL; BECHMANN, 2020).

Além disso, a ênfase nas políticas de planejamento de alta e o fortalecimento dos arranjos para a transição do hospital para o ambiente pós-alta refletem uma visão abrangente na prestação de cuidados de saúde. O impacto positivo do planejamento de alta, quando combinado com suporte pós-alta, não apenas reduz custos, evitando internações prolongadas, mas também fortalece os arranjos para cuidados sociais e de saúde subsequentes (WEBER, LIMA, ACOSTA, 2019; TOMAZELA et al., 2023).

Por fim, a implementação eficaz do plano de alta de enfermagem não só contribui para a eficiência na prestação de cuidados de saúde, mas também está alinhada com as orientações clínicas e governamentais em diversos países. Esse alinhamento ressalta a importância do

planejamento de alta como uma prática essencial para a instituição hospitalar, resultando em benefícios tangíveis para a qualidade dos cuidados prestados e para a gestão global dos recursos disponíveis (TOMAZELA et al., 2023).

A implementação de um plano de alta estruturado é benéfico e significativo para todos os envolvidos no processo de cuidado. Para os pacientes, há uma redução do tempo de internação e uma maior probabilidade de evitar readmissões hospitalares, melhorando a continuidade do cuidado e promovendo uma transição mais suave para o ambiente domiciliar. Isso está alinhado com a Teoria de Transição de Meleis, que destaca a importância da adaptação a mudanças e da continuidade do cuidado para promover o bem-estar. Para os prestadores de cuidados de saúde, o plano de alta contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos hospitalares e para uma melhor satisfação do paciente, refletindo positivamente na reputação da instituição. Além disso, há benefícios financeiros, com uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis. Em suma, a implementação de um plano de alta não só melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também promove uma abordagem mais humanizada e eficiente no processo de transição do paciente para o ambiente pós-alta.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal a construção de um plano de alta de enfermagem direcionado à pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio.

O Plano de alta construído intitula-se “**Plano de alta de enfermagem para paciente idoso com insuficiência renal**”, possui 9 (nove) grandes sub-títulos que constituem suas etapas e em cada uma foram colocadas todas as observações possíveis de serem encontradas, sobre como deve ser uma alta qualificada de uma pessoa idosa, portadora de insuficiência renal.

Como se trata de um produto tecnológico em saúde, este Plano está registrado no sistema Autoria Fácil (<https://www.autoriafacil.com/>), que registra os direitos autorais dos autores para textos, músicas, livros, e-books, entre outros.

A contribuição deste estudo para o avanço do conhecimento na área da saúde/enfermagem reside na apresentação de um plano de alta estruturado e abrangente para a transição de cuidados de idosos com insuficiência renal. Este plano considera não apenas as necessidades clínicas, mas também os aspectos sociais, familiares e emocionais dos pacientes. A proposta do plano enfatiza a importância de uma abordagem interprofissional e da participação ativa do paciente e de seus familiares no processo de alta, visando prevenir readmissões e melhorar a qualidade de vida após a alta hospitalar. Essa abordagem está consoante a Teoria de Transição de Meleis, que destaca a importância da adaptação às mudanças para a continuidade do cuidado.

É importante reconhecer as limitações desta pesquisa, como a exclusão de alguns estudos devido aos critérios específicos, o que pode ter impactado a amplitude dos resultados. Além disso, a falta de consenso em alguns aspectos da literatura pode influenciar a aplicação universal do plano proposto.

Outro aspecto importante é que este **Plano de alta de enfermagem para paciente idoso com insuficiência renal** não foi validado, o que se pretende que aconteça posteriormente.

Perspectivas futuras incluem a validação prática do plano de alta em contextos clínicos por especialistas, a avaliação de sua eficácia na melhoria dos desfechos dos pacientes e a adaptação contínua com base em novas evidências e experiências práticas considerando as particularidades de cada instituição de saúde. Além disso, a implementação efetiva do plano depende da colaboração entre diferentes setores hospitalares, o que pode enfrentar resistências e desafios organizacionais. Por isso, é importante haver a promoção de diálogo entre os profissionais de saúde e gestores hospitalares, que pode otimizar a implementação e sustentabilidade do plano proposto.

Nessa direção, a busca por parcerias e diálogo claro com gestores e coordenadores de outros serviços é essencial para a integração do plano nos protocolos institucionais. A pesquisa pode expandir-se para investigar a experiência do paciente e familiar na implementação do plano, fornecendo meios para aprimorar cientificamente a abordagem de alta.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3190-7, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231432>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- ACOSTA, A. M. et al. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, e20190155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- ALCALDE, P. R., KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde com Doença Renal Crônica. **Braz. J. Nephrol**, v. 40, n. 2, p. 122-129, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/7VzNY7GR8FvFHHvw3bKBRQx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- ALVES, H. L. C. et al. Uso das teorias de enfermagem nas teses Brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare enferm**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/8sNL64btw3qBXMJYTy3SF5M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.
- AMARAL, T. L. M. et al. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GQ8KgcZGsHqYsqyCcrNwFyH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- ARAÚJO, F. S. R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades de clínica médica e cirúrgicas: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar**. [internet] Dissertação de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS). Universidade Federal Fluminense. São Paulo, SP: 2012. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/1042/Fernanda%20Santos%20Rodrigues%20Araujo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- ARAÚJO, G. S. et al. Contribuições do enfermeiro para o autocuidado do paciente renal crônico: Interfaces para o cuidado. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e77111234327-e77111234327, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34327> Acesso em: 15 dez. 2022.
- BALDUINO, A. F. A.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Escola Anna Nery**, v. 13, p. 342-351, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200015>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- BARRETO, E. F. et al. Incidence of serum creatinine monitoring and outpatient visit follow-up among acute kidney injury survivors after discharge: a population-based cohort study. **American journal of nephrology**, v. 52, n. 10-11, p. 817-826, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000519375>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- BARRETO, Erin F. et al. Incidence of serum creatinine monitoring and outpatient visit

follow-up among acute kidney injury survivors after discharge: a population-based cohort study. **American journal of nephrology**, v. 52, n. 10-11, p. 817-826, 2021. Disponível em: <https://karger.com/ajn/article/52/10-11/817/827373/Incidence-of-Serum-Creatinine-Monitoring-and> Acesso em: 20 fev. 2023.

BENITES, G. O. et al. Construção de tecnologia educativa para o autocuidado de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e14711222269, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22269/22399/299019>. Acesso em: 02 dez. 2022.

BESERRA, P. J. F. **Subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres com HIV e Aids**. 311 f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/16968>. Acesso em: 02 dez. 2022.

BOONSTRA, M. D. et al. A longitudinal qualitative study to explore and optimize self-management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: Perspectives of patients and health care professionals. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 1, p. 88-104, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.016> Acesso em: 02 dez. 2022.

BORSATO, L. **Cartilha com orientações de enfermagem para a alta hospitalar: contribuição à educação em saúde do paciente transplantado renal**. 2014. 114 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2014.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. **Conceitos e Teorias na Enfermagem**. Rev Esc Enferm USP, v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2022.

BRAMER, W. M. et al. Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: a prospective exploratory study. **Systematic reviews**, v. 6, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-017-0644-y>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRAMER, W. M. et al. The comparative recall of Google Scholar versus PubMed in identical searches for biomedical systematic reviews: a review of searches used in systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 2, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/2046-4053-2-115>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRANDÃO, M. A. G. et al. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de Enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001420017> Acesso em: 19 fev. 2023.

BRANDÃO, M. A. G. et al. Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boaspráticas de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 604-8, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498,de 25 de**

junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.
 Brasília - DF, 1987. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em 01 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 36, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em 31 de janeiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dia Mundial do Rim. Saúde Renal para Todos: Educando sobre a Doença Renal": 10/3 – Dia Mundial do Rim.** 2022. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/saude-renal-para-todos-educando-sobre-a-doenca-renal-10-3-dia-mundial-do-rim/> Acesso em 01 de fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** [internet]. Brasília, DF. 2014. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf
 Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, v. 37, 2014. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 29 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 118 p. 2021. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doenças_cronicas_agravos_2021_2030.pdf Acesso em 01 de fevereiro de 2024.

BRASIL. **Portaria N° 1.208**, de 18 de Junho de 2013. Programa melhor em casa (atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o programa SOS emergências, ambos inseridos na rede de atenção às urgências. 2013. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL; Ministério da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada.** 2016. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf. Acesso em: 31 jan. 2024.

BROWN, M. I. Research in the development of nursing theory: The importance of a theoretical framework in nursing research. **Nursing Research**, v. 13, n. 2, p. 109- 112, 1964. Disponível em:
https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1964/01320/RESEARCH_IN_THE_DEVELOPMENT_OF_NURSING THEORYThe.5.aspx Acesso em: 31 jan. 2024.

BUCHARLES, S. G. E.; PEKOITS-FILHO, R. Doença renal crônica: mecanismos da progressão e abordagem terapêutica. *J. Bras. Nefrol.*, v. 31, n. 1 suppl. 1, p. 6-12, 2009. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/en/article/doenca-renal-cronica-mecanismos-da-progressao-e-abordagem-terapeutica/> Acesso em: 18 jan. 2023.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of hospital medicine**, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.1990>. Disponível em: Acesso em: 13 fev. 2023.

CAMPOS, M. X. et al. Pacientes em diálise peritoneal: associação entre diagnósticos de enfermagem e seus componentes. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 6, p. 651-8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KVdYHdQjGX7ypNMqHSmB6Fq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE ALAGOAS. **Parecer Técnico Coren-AL Nº 012/2018**. Solicitação de que o COREN-AL emita parecer técnico quanto a competência do enfermeiro em dar alta ao paciente sem a reavaliação médica. Maceió — AL, 2018. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-012-2018/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer Técnico Coren-SP Nº 019/2020**. Sobre Responsabilidades e condições no procedimento de alta hospitalar. São Paulo - SP, 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/pareceres/responsabilidades-e-condicoes-no-procedimento-de-alta-hospitalar/parecer-coren-sp-019-2020-alta-hospitalar/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 3, p. 137-145, 2016. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>. Acesso em: 10 jan. 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. Planejamento da alta hospitalar como estratégia de continuidade do cuidado para atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e3709108518, 2020. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/8518/7703> Acesso em: 3 jan. 2024.

COUTINHO, J. V. **Anatomia do Sistema Urinário**. Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós Graduação em Ciências Fisiológicas Laboratório de Fisiologia Celular e Molecular; Vitória, ES. 2017.

DAUGIRDAS, J. T., BLAKE, P. G., ING, T. S. **Manual de diálise**. 3^a ed. Guanabara-Koogan, 714 p. 2001.

DAVIES, S. Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 6, p. 658-671, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x> Acesso em: 14 nov. 2022.

DE LORENZO, R. et al. Residual clinical damage after COVID-19: A retrospective and prospective observational cohort study. **PLoS one**, v. 15, n. 10, p. e0239570, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239570> Acesso em: 14 nov. 2022.

FAWCETT, J. Thoughts About Conceptual Models and Measurement Validity. *Nursing Science Quarterly*, v. 26, n. 2, p. 189-191, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0894318413477143?download=true>. Acesso em: 17 fev. 2023.

FERREIRA, D. S.; RAMOS, F. R. S.; TEIXEIRA E. Aplicativo móvel para a práxis educativa de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família: ideação e prototipagem. *Esc Anna Nery*, v. 25, n. 1, p. e20190329, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0329>. Acesso em: 10 set. 2022.

FERREIRA, Ó. M. R.; BAIXINHO, C. L. Strategies to implement the safe hospital-community transition and mitigate hospital readmissions. *Revista Ciências em Saúde*, v. 11, n. 1, p. 2-3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v11i1.11202236> Acesso em: 01 fev. 2024.

FERREIRA, V. H. S. et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 40, p. e20180291, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FIALHO, F. H. et al. **Planejamento de alta hospitalar de enfermagem e transição hospital/domicílio do paciente: uma revisão sistemática**. Universidade Vale do Rio Doce, TCC, 2019. Disponível em: https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/09/ENFER.-2017_1-PLANEJAMENTO-DE-ALTA- HOSPITALAR-DE-ENFERMAGEM...-F%C3%81BIO.-L%C3%88DGIA.-THAMILLY.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

FLESCH, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estudos de Psicologia* (Natal), v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008> Acesso em: 15 dez. 2022.

GARRITTY C, GARTLEHNER G, NUSSBAUMER-STREIT B, KING VJ, HAMEL C, KAMEL C, et al. Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *J Clin Epidemiol*;130:13–22, 2021. doi: 10.1016/j.jclinepi.2020.10.007.

GAGIGE, A. P. et al. Adesão ao instrumento de transição do cuidado em unidades hospitalares. *Cuid Enferm*, v. 15, n. 2, p. 190-195, 2021. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.190-195.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2023.

GOMES, L. M. S. et al. Construção do DesHospitaliza - Plano para alta responsável de pacientes idosos com doenças crônicas. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e26510212429, 2021. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/12429>. Acesso em: 26 fev. 2023.

GONÇALVES, C. B. Educational technology for patient with chronic renal disease: integrative review. *Rev Enferm UFPI*, v. 7, n. 2, p. 72-8, 2018. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6248> Acesso em: 22 jan. 2023.

GREER, R. C. et al. Hospital discharge communications during care transitions for patients

with acute kidney injury: a cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 16, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1697-7> Acesso em: 22 jan.2023.

GUIMARÃES, M. S. F; SILVA, L. R. **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem**. Rio de Janeiro, 2016.

HAINES, R. W. et al. Long-term kidney function of patients discharged from hospital after an intensive care admission: observational cohort study. **Scientific Reports**, v.11, n. 1, p. 9928, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89454-3> Acesso em: 12 jul. 2023.

HASTINGS SN, STECHUCHAK KM, COFFMAN CJ, MAHANNA EP, WEUNBERGER M, HOUTVEN CHV, et al. Discharge information and support for patients discharged from the emergency department: results from a randomized controlled trial. **J Gen Intern Med**. 2020;35(1):79-86. doi:10.1007/s11606-019-05319-6

HAMIDA, H. B. et al. Avaliação da função renal em hipertensos e diabéticos da UBSF Praeiro em Cuiabá-MT. **Revista Científica do Hospital Santa Rosa - COORTE**, n. 9. 2019. Disponível em: <http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/viewFile/118/93> Acesso em: 12 jul.2023.

HUPE, M. EndNote X9. **Journal of Electronic Resources in Medical Libraries**, v.16, n. 3-4, p. 117-119, 2019. Disponível em: [10.1080/15424065.2019.1691963](https://doi.org/10.1080/15424065.2019.1691963) Acesso em: 12 jan. 2023.

KALFOSS, M. et al. Building knowledge: The concept of care. **Open Journal of Nursing**, v. 6, n. 12, p. 995, 2016. Disponível em: [10.4236/ojn.2016.612096](https://doi.org/10.4236/ojn.2016.612096) Acesso em: 12 jan. 2023.

KALUCKI, S. A. et al. Reference values and sex differences in absolute and relative kidney size. A Swiss autopsy study. **BMC nephrology**, v. 21, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12882-020-01946-y> Acesso em: 12 jan. 2023.

KNIGHT, J.; NIGAM, Y.; CUTTER, J. **Understanding anatomy and physiology in nursing**. Sage, 2020. Disponível em: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5018862> Acesso em: 12 jan. 2023.

KOCHHANN, D. S., FIGUEIREDO, A. E. Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas. **Acta Paul Enferm**, v. 33, p. 1-8.2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0220](https://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0220) Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

KORUKCU, O.; DELIKTAŞ, A.; KUKULU, K. Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. **International Nursing Review**, v. 64, n. 4, p. 593- 601, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jnr.12383> Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

LEE, V. S. P; SIMPSON, J.; FROGGATT, K. A narrative exploration of older people's transitions into residential care. **Aging & mental health**, v. 17, n. 1, p. 48-56, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.715139> Acesso em: 20 dez. 2022.

LEINDECKER, C. R., BENNEMANN, R. M., MACUCH, R. S. Idoso no Brasil: agressões, políticas e programas públicos - revisão de literatura. **Aletheia** v.53, n.2, p.116-129, 2020.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v53n2/v53n2a10.pdf> Acesso em: 13 jun. 2023.

LEMOS DMP, SALDANHA PF, VIEIRA LF, AZZOLIN KO. Nursing taxonomies in hospital discharge planning: a quasi-experimental study. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(5):e20180896. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0896

LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúdedos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev Saude Publica**, v. 52 Supl 2:2s. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap> Acesso em: 10 jun. 2023.

LOBO, L. C. Inteligência Artificial, o futuro da medicina e a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 3-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20180115EDITORIAL1> Acesso em: 10 dez. 2022.

LUCCA, D. C. et al. Jogo das Atitudes: gerontotecnologia educacional para idososem tratamento hemodialítico. **Rev Bras Enferm**, v. 73, (Suppl 3), p. e20180694. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0694> Acesso em: 20set. 2022.

MACKAVEY, C. Advanced practice nurse transitional care model promotes healing inwound care. **Care Management Journals**, v. 17, n. 3, p. 140-149, 2016. Disponível em: 10.1891/1521-0987.17.3.140 Acesso em: 20 set. 2022.

MAHADEVAN, V. Anatomy of the kidney and ureter. **Surgery (Oxford)**, v. 37, n. 7, p.359-364, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2019.04.005> Acesso em: 20 set. 2022.

MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A. Doenças e agravos não transmissíveis e inquérito em saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230001, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230001> Acesso em: 20 set. 2022.

MATOS, J. C. et al. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná — Brasil. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 23-8. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/gTFbpjqJVQBqYgPgyRvyRmw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jan. 2022.

MELEIS, A. I. **Transitions theory: Middle range and situation specific theories innursing research and practice**. Springer Publishing Company. 2010. Disponível em: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf Acesso em: 21dez. 2022.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in nursing science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/abstract/2000/09000/experiencing_transitions_an_emerging_middle_range.6.aspx Acesso em: 21 dez. 2022.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, R. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing message. **A. Meleis (Ed.), Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific**

Theories in Nursing Research and Practice, p. 65-72, 2010.

MELO, G. A. A. et al. Conhecimento e prática assistencial de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre injúria renal aguda. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, p. e20190122, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0122> Acesso em: 21 nov. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 309-20, 2017. Disponível em: [10.1590/1807-57622016.0136](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136) Acesso em: 1 jan. 2023.

MOTA, M. S. **Processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado ao autocuidado: subsídios à enfermagem**. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Norte. 2014. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/6333> Acesso em: 15 jan. 2023.

MOURA, M. M., VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-39, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/M9K9GZ6PmF5BDwvVN6b3VCj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 fev. 2023.

MUDD, A. et al. Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. **Journal of clinical nursing**, v. 29, n. 19-20, p. 3652-3666, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/jocn.15420> Acesso em: 20 fev. 2023.

NEVES, P. D. M. et al. Censo brasileiro de diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz J Nephrol**, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>. Acesso em: 10 dez. 2022.

NIETSCH, E. A. et al. Desenvolvimento participativo de tecnologia cuidativo-educacional para o preparo da alta hospitalar do paciente cirúrgico. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 1, p. e024252-e024252, 2024. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/2074> Acesso em: 10 dez. 2022.

OGOBUIRO, I.; TUMA, F. **Physiology, renal**. Study Guide from StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538339/> Acesso em: 10 jan. 2024.

OLIVEIRA, E. S. et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210192, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192> Acesso em: 10 jan.2024.

ORR, E. et al. The complexity of the NICU-to-home experience for adolescent mothers: Meleis' Transitions Theory applied. **Advances in Nursing Science**, v. 43,n. 4, p. 349-359, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000299> Acesso em: 10 jan. 2024.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—um aplicativo web e móvel para revisões sistemáticas. **Sistema Rev**, v. 5, p. 210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4> Acesso em: 10 jan. 2024.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 88, p. 105906, 2021. Disponível em: <https://www.bmjjournals.org/content/bmjjournals/372/bmjjournals.71.full.pdf> Acesso em: 13 nov. 2022.

PATEL, P. R.; BECHMANN, S. **Discharge planning**. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/> Acesso em: 13 nov. 2022.

PEREIRA, B. J. et al. Fatores de risco para a progressão da doença renal crônica após injúria renal aguda. **J Bras Nefrol**, v. 39, n. 3, p. 239-245, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/nXFh7nsGTF7kDPYT4kc7pwp/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 jun. 2023.

POMPEO, D. A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vwgflg8jfCzdQMZk8ZHR7Lz/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Os%20relatos%20apontam%20que%20as,%2C%20por%20fim%2C%20retorno%20ambulatorial>. Acesso em: 22 fev. 2023.

PORTE, J. R. et al. Avaliação da função renal na doença renal crônica. **RBAC**. v. 49, n. 1, p. 26-35. 2017. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/06/RBAC-1-2017-ref.-320.pdf> Acesso em: 12 de junho de 2023.

POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2006.

PROVENCHER, V. et al. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. **BMC geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-1494-3> Acesso em: 12 de junho de 2023.

PROVENCHER, V. et al. Understanding the positive outcomes of discharge planning interventions for older adults hospitalized following a fall: a realist synthesis. **BMC geriatrics**, v. 21, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-020-01980-3> Acesso em: 12 de junho de 2023.

RAMELI, P. M.; RAJENDRAN, N. Outcomes of complex discharge planning in older adults with complex needs: A scoping review. **Journal of International Medical Research**, v. 50, n. 7, p. 0300060522110511, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1177/03000605221110511> Acesso em: 12 de junho de 2023.

RAMSAY, P. et al. Intensive care survivors' experiences of ward-based care: M eleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. **Journal of clinical nursing**, v. 23, n. 5-6, p. 605-615, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12452> Acesso em: 12 de junho de 2023.

REIS, A. H. S. et al. Usefulness of machine learning softwares to screen titles of systematic reviews: a methodological study. **Systematic Reviews**, v. 12, n. 1, p. 1- 14, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02231-3> Acesso em: 12 de junho de 2023.

RIBEIRO, M. S. F. G. **Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita**. 247 f. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociência, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/unirio/12950> Acesso em: 20 jan. 2024.

RKGROUP KDIGO, W. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. **Kidney Int Suppl**, v. 3, n. 4, 2013. Disponível em: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf Acesso em: 20 jan. 2024.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents- from hospital to the home. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.21, p. 216-224, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027> Acesso em: 12 de junho de 2023.

RODRIGUES, T. F. C. S. et al. Discharge planning carried out by nurses to increase caregivers' competence: a clinical trial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20230147, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0147en> Acesso em: 20 jan. 2024.

RUEL, M-C; RAMIREZ GARCIA, M-P; ARBOUR, C. Transition from hospital to home after elective colorectal surgery performed in an enhanced recovery program: An integrative review. **Nursing Open**, v. 8, n. 4, p. 1550-1570, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.730> Acesso em: 12 de junho de 2023.

SAMAAN, F. et al. Razão oferta/necessidade de consultas médicas, exames de diagnóstico e acompanhamento da doença renal crônica no Sistema Único de Saúde: estudo descritivo, estado de São Paulo, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 2, p. e20211050, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200014> Acesso em: 20 jan. 2024.

SANTOS, V. F. C. et al. Perceptions, meanings and adaptations to hemodialysis as aliminal space: the patient perspective. **Interface**, v. 22, n. 66, p. 853-63, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0148> Acesso em: 23 fev. 2023.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 182-188, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027> Acesso em: 19 fev.

2023.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. Transitions: A central concept in nursing. **Image: The Journal of Nursing Scholarship**, v. 26, n. 2, p. 119-127, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x> Acesso em: 19 fev. 2023.

SILVA, C. A. O. **Cuidados realizados por pacientes idosos em seus domicílios durante os intervalos da terapia hemodialítica**. 84 p. Dissertação (Mestrado). Programa Mestrado Profissional em Gerontologia. Universidade Federal da Paraíba, 2022. Disponível em: https://sigaa.ufpb.br/sigaa/public/programa/noticias_desc.jsf?lc=pt_BR&id=3142¬icia=283509150 Acesso em: 20 jan. 2024.

SILVER, S. A. et al. Improving care after acute kidney injury: a prospective timeseries study. **Nephron**, v. 131, n. 1, p. 43-50, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000438871> Acesso em: 19 fev. 2023.

SILVER, S. A. et al. What insights do patients and caregivers have on acute kidney injury and posthospitalisation care? A single-centre qualitative study from Toronto, Canada. **BMJ open**, v. 8, n. 6, p. e021418, 2018. Disponível em: [10.1136/bmjopen-2017-021418](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021418) Acesso em: 19 fev. 2023.

SIMIELI, I.; PADILHA, L. A. R.; TAVARES, C. F. de F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1511-e1511, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019> Acesso em: 19 fev. 2023.

SIQUEIRA, P. G. B. S.; CEZAR, F. S.; ACIOLI, R. M. L. Gestão dos serviços de saúde: auditoria em unidades de Terapia Renal Substitutiva. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 32-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.259> Acesso em: 22 jan. 2023.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, p. 335-345, 2014. Disponível em: [10.1590/S0080-623420140000200020](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020) Acesso em: 15 dez. 2022.

SOMANAWAT C.; LEETHONG-IN M.; MITPRACHAPRANEE C. Effect of the transitional care program on readiness for hospital discharge and activities of daily living among older patients with open heart surgery. **J Med Health Sci**, v. 30, n. 2, p. 82-97, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103700> Acesso em: 22 jan. 2023.

SON, Y-J; YOU, M-A. Transitional care for older adults with chronic illnesses as vulnerable population: Theoretical framework and future directions in nursing. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 45, n. 6, p. 919-927, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.919> Acesso em: 22 jan. 2023.

SOPPA, F. B. F. et al. Checklist em hemodiálise: construção e validação de ferramenta para a segurança no cuidado intensivo. **Rev. Adm. Saúde**, v. 19, n. 74, 2019. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/155>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SOUSA, L. S. et al. Transição do idoso do hospital para o domicílio na perspectiva do

cuidador/idoso: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE03631, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR03631> Acesso em: 21 dez. 2022.

SUN, M. et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1047723, 2023. Disponível em: [10.3389/fpubh.2023.1047723](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723) Acesso em: 01 fev. 2024.

TABUTI, N. I. M. et al. Impacto da telemedicina no controle metabólico e hospitalização de pacientes em diálise peritoneal durante a pandemia de COVID-19: um estudo de coorte multicêntrico nacional. **Braz. J. Nephrol**, v. 44, n. 4, p. 473-481, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/TpTRqn8Tc4czq9qRStjM67y/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 fev. 2024.

TAVARES, P. **Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2020. Departamento de Ciências Sociais e Saúde. Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129207/2/418965.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

TAYLOR, J. **Renal system 4: causes, diagnosis and treatment of chronic kidney disease**. Nursing Times, 2023.

TESTON, E. F. et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Rev Rene**, v. 17, n. 3, p. 330-7. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300005> Acesso em: 19 fev. 2023.

THANAPONGSATORN, P. et al. Comprehensive versus standard care in post- severe acute kidney injury survivors, a randomized controlled trial. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03747-7> Acesso em: 19 fev. 2023.

TOMAZELA, M. et al. Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, n. 36, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>. Acesso em: 19 fev. 2023.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 10^a ed. Artmed: Porto Alegre-RS, 2017.

UFAL. Universidade Federal de Alagoas. Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA. **Procedimento Operacional Padrão: POP.DIVENF.001: Verificação de Sinais Vitais no Adulto**. Alagoas: EBSERH, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/acesso-a-informacao/procedimento-operacional-padroa/divisao-de-enfermagem/2023/pop-divenf-001-v-1-2023-verificacao-de-sinais-vitais-no-adulto.pdf> Acesso em: 31 jan. 2024.

VAN DIPTEN, C. et al. Encaminhamento de pacientes com doença renal crônica estável moderada a avançada de volta à atenção primária: um estudo de viabilidade. **BJGP aberto**, v. 6, n. 2, 2022. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/6/2/BJGPO.2021.0177> Acesso em:

10 dez. 2022.

VAN DIPTEN, C. et al. Referring patients with stable moderate-to-advanced chronic kidney disease back to primary care: a feasibility study. **BJGP open**, v. 6, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0177> Acesso em: 31 jan. 2024.

VAN LOON, I. N. et al. The relevance of geriatric impairments in patients starting dialysis: a systematic review. **Clinical journal of the American Society of Nephrology:CJASN**, v. 11, n. 7, p. 1245, 2016. Disponível em: [10.2215/CJN.06660615](https://doi.org/10.2215/CJN.06660615) Acesso em: 31 jan. 2024.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n10/03.pdf> Acesso em: 31 jan. 2024.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecimento no brasil: a construção de um modelode cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: [10.1590/1413-81232018236.04722018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018) Acesso em: 2 jan. 2023.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão Integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615> Acesso em: 18 jan. 2023.

WEBER, L. A. F., LIMA, M. A. D. S., ACOSTA, A. M. Qualidade da transição do cuidado e sua associação com a readmissão hospitalar. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e194, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 10jun. 2023.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/11963>. Acesso em: 20 fev. 2023.

WERMECK, C. **Nefrologia em geriatria**. Francisco José (ed.). Rio de Janeiro: Ed.Rubio, 232 p. 2008.

WILLIAMS, M. **Exploring Education Needs for Heart Failure Patients' Transitionof Care to Home**. Walden University ProQuest Dissertations Publishing, 2019. 13425987. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/8513c67e1132027ea449da346787d34f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> Acesso em: 18 jan. 2023.

WU, V-C. et al. Nephrologist follow-up care of patients with acute kidney disease improves outcomes: Taiwan experience. **Value in Health**, v. 23, n. 9, p. 1225-1234,2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.01.024> Acesso em: 18 jan. 2023.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20220452, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0452en> Acesso em: 20 fev. 2024.

APÊNDICES

Apêndice A Gerenciamento de medicamentos

RELATÓRIO FARMACÊUTICO

Paciente:

Data de Nascimento:

Médico Responsável pelo atendimento hospitalar:

Médico Geral:

Cuidados hospitalares: *Período que ficou internado*

Resumo de Alta

Descrever o histórico do paciente.

Relatório de medicação

• *Exemplo:*

- Furosemide has been increased from 1 to 2 tablets per day due to increased heart failure.
- Spironolactone has been added due to low potassium level.
- Doxycycline (antibiotic) has been added for another week due to pneumonia.

Dose de preparação do medicamento	Efeito	Manhã	Meio-dia	Tarde	Noite	Observação
<i>Medicamento e posologia</i>	<i>Finalidade? pressão, diurético etc</i>					

Fonte: Autoria própria em conjunto com a Farmácia do HMMPM.

Apêndice B

Protocolo de verificação de sinais vitais e glicemia capilar

Tipo de documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. Nº 1-
Título do documento	Aferição de sinais vitais e de glicemia capilar no Idoso em Insuficiência Renal	Serv.Enf.HD/ HMMPM/BG

Descrição — Trata-se do protocolo para aferição de sinais vitais e de glicemia capilar no idoso em IR, no intuito de padronizar a execução de tarefas fundamentais e minimizar a ocorrência de desvios e variações na execução da avaliação dos sinais vitais (SSVV): pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura e dor e padrão glicêmico.

PROTOCOLO PARA MONITORIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM PULSO PERIFÉRICO MANUAL

OBJETIVOS

Aferição da Frequência Cardíaca em Pulso Periférico manual; orientar e padronizar a mensuração e avaliar as condições vitais do paciente; compreender a necessidade e estabelecer os padrões basais.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter parâmetros vitais do paciente, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada; saber avaliar as condições a partir de alterações registradas e identificar tais alterações sobre a pulsação arterial.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante — Compete ao profissional de enfermagem quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável — É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Verificação de Pulso: É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, durante um minuto, é necessário verificar suas características: intensidade ou amplitude (cheio/filiforme), ritmicidade (regular, irregular ou arritmia) e simetria (iguais em ambos os membros).

Terminologia:

Taquisfigmia: Pulso acelerado

Bradisfigmia: Pulso lento

Normocárdico: Pulso normal

Nomenclatura

Bradicárdico

Normocárdico

Taquicárdico

Valores de referência

< 60 bpm

60 a 100 bpm

> 100

bpmFonte: Adaptado de UFAL / EBSERH, 2023.

Procedimento:

- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos sinais vitais;
- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mão instituído na unidade de saúde;
- Lavar a bandeja antes e após sua utilização com água e sabão;
- Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e informá-lo o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente em posição confortável: Se o paciente estiver em posição supina, colocar antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu antebraço, estender suavemente o punho com apalma da mão voltada para baixo;

- Palpar a artéria escolhida colocando as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente;
- Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto com uso de relógio de ponteiro e verificar afrequência, ritmo e amplitude do pulso. Repita o procedimento, se necessário;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde.

PROTOCOLO PARA MONITORIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA EM PULSOPERIFÉRICO DIGITAL

OBJETIVOS

Monitorização da Frequência Cardíaca em Pulso Periférico Digital; realizar a monitorização não invasiva de oxigenação e frequência cardíaca por meio de monitorização eletrônica do paciente; Otimizar os cuidados prestados, contribuindo assim para uma vigilância eficaz do cliente durante a sessão de hemodiálise.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter parâmetros vitais do paciente, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada; saber avaliar as condições a partir de alterações registradas e identificar tais alterações sobre a pulsação arterial.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante – Compete ao profissional de enfermagem sempre que necessário, e ao responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável – É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Verificação de Frequência cardíaca/Pulso com dispositivo: É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma digital, utilizado na instituição através do dispositivo digital oxímetro de pulso durante um minuto, sendo avaliado juntamente a saturação periférica do paciente.

Nomenclatura	Bradicárdico	Normocárdico	Taquicárdico
Valores de referência	< 60 bpm	60 a 100 bpm	> 100 bpm

Fonte: Adaptado de UFAL / EBSERH, 2023

Materiais:

- 01 par de luvas de procedimento
- Oxímetro de pulso com bateria;
- Bandeja;
- Bolas de algodão embebido em álcool 70%.

Procedimento:

- Verificar a voltagem do equipamento (pilhas)
- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos sinais vitais;
- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mão instituído na unidade de saúde;
- Lavar a bandeja antes e após sua utilização com água e sabão;
- Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e informá-lo o procedimento a ser realizado;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente em posição confortável;
- Escolher um dedo (em geral o indicador para o teste);
- Se o paciente estiver com esmalte na unha do dedo teste deve ser retirado com acetona e

algodão, unhas muito longa devem ser cortadas e unhas postiças retiradas para melhor encaixado sensor;

- Ligar o aparelho de oximetria e determinar os limites do alarme, tanto para a saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como para as frequências de pulso altas e baixas;
- Acoplar o sensor do oxímetro no dedo do paciente conforme fabricante;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência do pulso;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

OBJETIVOS

Avaliação da Frequência Respiratória.

Orientar e padronizar a mensuração e avaliar as condições vitais do paciente; Compreender a necessidade e estabelecer os padrões basais.

Observar uma frequência respiratória normal em que o ritmo, profundidade e expansão torácica se enquadram no padrão para determinado paciente, o ritmo respiratório depende de dois movimentos principais: inspiração e expiração, que devem ser realizados de forma profunda e cíclica.

RESULTADOS ESPERADOS

Avaliar a dinâmica respiratória do paciente, detectar anormalidades da frequência respiratória (FR). Controlar o estado geral do paciente.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante — Compete ao profissional de enfermagem quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável — É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Avaliação/Mensuração da Frequência Respiratória

Valores aceitáveis da Frequência Respiratória	
Idade	Frequência Respiratória (iprm)
Adolescente	16-20
Adulto	12-20
Fonte: POTTER et al. 2018	
Tipos de Padrão Respiratório	
Eupneia	Movimentos respiratórios normais.
Bradipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (abaixo dos valores de referência).
Taquipneia	A frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (acima dos valores de referência).
Apneia	As respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.
Hiperpneia	As respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (acima dos valores de referência). Ocorre normalmente durante o exercício físico.
Ortopneia	Dificuldade de respirar sem estar com o tórax ereto.
Hiperpneia	Frequência e/ou amplitude aumentada dos movimentos respiratórios.
Cheyne-stoke	Caracteriza-se por uma fase de apneia seguida de incursões inspiratórias cada vez mais profundas e rápidas até atingir um máximo, para depois vir descendo até nova apneia.
Kusmaul	Respiração rápida, sem pausas, em adultos mais de 20 iprm, a respiração em geral soa forçada, parecendo suspiros.
Biot	Apneia seguida de movimentos inspiratórios e expiratórios uniformes quanto ao ritmo e amplitude.

Fonte: POTTER et al,
2018.

Material

- Relógio com ponteiros;
- Caneta esferográfica para anotar os valores obtidos.

Procedimento:

- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos sinais vitais;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o cliente quanto ao procedimento, deixá-lo mais confortável possível para que as incursões não sejam precipitadas;
- Colocar o cliente sentado ou deitado.
- Simular que está verificando o pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome, durante 1 minuto.
- Contar um movimento para a inspiração e expiração, observando o ritmo, profundidade e frequência da respiração.
- Higienizar as mãos.
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde.

PROTOCOLO PARA MENSURAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

OBJETIVOS

Mensuração da Pressão Arterial; Orientar e padronizar a mensuração e avaliar as condições vitais do paciente; Compreender a necessidade e estabelecer os padrões basais.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter o valor correspondente da Pressão Arterial (PA), detectar anormalidades da pressão arterial controlando o estado geral do paciente, intervir em alterações significativas ao quadro clínico do paciente; auxiliar no registro, diagnóstico e tratamento do doente renal crônico.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante — Compete ao profissional de enfermagem quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável — É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Mensuração de Pressão Arterial: É a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo, os valores podem ser alterados por fatores clínicos do paciente e/ou condições externas ex.: idade, estado emocional, temperatura ambiente, medicações, posicionamento no momento da aferição, consumo de álcool ou cigarro até 30 minutos anterior a medida, entre outros.

Sugere-se utilizar o Caderno de Atenção Básica, pois contém estratégias necessárias para o acompanhamento da pressão arterial do idoso, como por exemplo, a classificação observada na figura abaixo:

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: Caderno de Atenção Básica/estratégias de controle da Hipertensão Arterial, Brasil (2013).

Procedimento:

- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos sinais vitais;
- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mão da instituição de saúde;
- Lavar a bandeja antes e após sua utilização com água e sabão;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Apresentar-se ao paciente e informá-lo o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o braço do cliente com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido, na altura do coração. 5. Palpar a artéria braquial. 6. Colocar o manguito adequado ao tamanho da circunferência do braço, firmemente de dois a três centímetros acima da fossa antecubital, centralizando o manguito sobre a artéria braquial;
- Palpar o pulso radial, fechar completamente a válvula de pressão do bulbo no sentido horário e inflar o manguito até desaparecer a pulsação da artéria.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos e posicionar a campânula sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
- Orientar o cliente para que não fale ou se mexa durante a aferição.
- Liberar a válvula de pressão lentamente e determinar a Pressão Arterial Sistólica (PAS) no aparecimento do primeiro som, que se intensifica com o aumento da deflação.
- Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD), continuando a deflação, no desaparecimento do

som.

- Realizar a deflação rápida e completa e retirar o manguito.
 - Informar o valor da medida ao cliente.
 - Retirar as luvas de procedimento;
 - Realizar a higienização das mãos;
 - Organizar o ambiente.
 - Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde (sugere-se utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para anotar os valores obtidos).

3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

28

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Brasil (2018)

PROTOCOLO PARA AFERIÇÃO E CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR

OBJETIVOS

Aferição e controle de Temperatura Axilar (TAX), Orientar e padronizar a aferição, avaliar as condições vitais do paciente; compreender a necessidade e estabelecer os padrões basais.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS ESPERADOS
Obter parâmetros vitais do paciente, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada; saber avaliar as condições a partir de alterações registradas e identificar tais alterações sobre a temperatura axilar.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

RESPOSTA: A responsabilidade é de competência. Executante — Compete ao profissional de enfermagem quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável — É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Aferição de temperatura axilar: É a mensuração e o registro da temperatura axilar através de termômetro digital conforme a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº145 de 21/03/2017 que torna nulo o uso do termômetro de mercúrio.

Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações da temperatura:

Hipotermia: abaixo de 35,5°C;

Afebril: 35,5 a 36,9°C;

Subfebril: 37,0°C a 37,7°C;

Febre: acima de 37,8°C;

Febre moderada: 38,0 a 39,0°C;

Febre alta: acima de 39°C;

Febre muito alta: acima 40,0°C;

Padrões de Febre Sustentada: Uma temperatura corporal constante continuamente acima de 38°C que tem pouca flutuação;

Intermitente: Picos de febre intercalados com níveis de temperatura habituais (A temperatura volta ao valor aceitável pelo menos uma vez a cada 24 horas);

Remitente: Picos e quedas de febre sem retorno a níveis de temperatura aceitáveis;

Reincidente: Períodos de episódios febris e períodos com valores de temperatura aceitáveis (episódios febris e períodos de normotermia são, com frequência, mais longos que 24 horas).

Fonte: UFAL / EBSERH, 2023.

Material:

- Bandeja
- Termômetro axilar digital;
- Bola de algodão;
- Álcool 70%.

Procedimento:

- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos SSVV;
- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mão;
- Lavar a bandeja antes e após sua utilização com água e sabão;
- Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e informá-lo o procedimento a ser realizado;
- Proceda à desinfecção do termômetro friccionando (3 vezes) utilizando o algodão embebido em álcool 70%;
- Caso seja necessário, em caso de suor excessivo seque a pele do idoso com o papel toalha;
- Instale o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do idoso, (Observação: para facilitar a leitura da temperatura, sugere-se comprimir o braço e colocá-lo sobre o tórax);
- Após a emissão do sinal sonoro retire o termômetro de sob a axila e proceda à realização da leitura;
- Faça uma nova desinfecção do termômetro friccionando (3 vezes) com algodão umedecido em álcool 70%;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde (sugere-se a elaboração de uma planilha para anotação dos valores obtidos, como se pode observar no modelo abaixo; pode ser anexada posteriormente à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa)

Data	Parâmetros Vitais		
	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Temperatura Axilar

Fonte: Autoria própria.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DA DOR

OBJETIVOS

Avaliação da Dor: Tem por objeto o cuidado da dor aguda ou crônica, avaliação e manejo da dor, a referida dor é subjetiva e por isso é um dado que deve ser reconhecido como sintoma e sinal de alerta do paciente. São utilizados escalas de dor para melhor interpretação e controle.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter e compreender a dor relatada pelo paciente, intervir e correlacionar com o quadro clínico do DRC auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada; identificar alterações sobre a dor, comunicar e planejar intervenção com a equipe para promoção do alívio e conforto do paciente.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante – Compete a todo profissional de enfermagem e ao corpo clínico a responsabilidade de ouvir e comunicar sobre a queixa álgica, quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise avaliar/mensurar e registrar em prontuário. Responsável – É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Avaliação da Dor:

Materiais:

- Caneta e impresso para anotação (sugere-se utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para anotar a pontuação obtida);
- Escala de avaliação da dor – EVA (Escala Analógica Visual) Escala Verbal Numérica;

2.10 Identificação de dor crônica

A presença de dor crônica ou de longa duração não é "normal da idade" e sua presença deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento das possíveis causas, o tratamento deverá ser feito prontamente.

	20	20	20	20	20
	S	N	S	N	S
Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?					
A dor é como um choque ou uma queimação?					
A dor piora ao andar?					
A dor melhora com o repouso?					

Informe ao profissional de saúde a localização e a intensidade da dor crônica de maior intensidade ou que mais o(a) prejudica, classificando-a de 0 a 10, conforme a escala de intensidade da dor mostrada abaixo:

Data	/	/	/	Local da dor:		
				LEVE	MODERADA	INTENSA
				0 1 2	3 4 5	6 7 8 9 10

Data	/	/	/	Local da dor:		
				LEVE	MODERADA	INTENSA
				0 1 2	3 4 5	6 7 8 9 10

Data	/	/	/	Local da dor:		
				LEVE	MODERADA	INTENSA
				0 1 2	3 4 5	6 7 8 9 10

Data	/	/	/	Local da dor:		
				LEVE	MODERADA	INTENSA
				0 1 2	3 4 5	6 7 8 9 10

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2018.

Procedimentos:

- Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos SSVV;

- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mãos da instituição de saúde;
- Separar o instrumento de avaliação da dor (régua);
- Apresentar-se ao usuário e/ou acompanhante;
- Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instruir ao usuário para marcar no instrumento de avaliação a intensidade da suor, considerando na escala de 0 a 10 o grau da sua dor;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde.

PROTOCOLO PARA VERIFICACÃO DE GLICEMIA CAPILAR

OBJETIVOS

Verificação de Glicemia Capilar (Dextro): É a coleta de uma gota de sangue capilar (qualquer dedo, usualmente das mãos, porém ao identificar impossibilidade poderá ser realizado no lóbulo da orelha também) por meio de punção para a monitorizar os valores de glicemia. A finalidade é a obtenção do nível de glicose sanguínea, de maneira rápida, para fornecer parâmetros à equipe de saúde, sempre orientar e padronizar a verificação e avaliar as condições do paciente para intervenção.

RESULTADOS ESPERADOS

Obter valores de glicemia e manejar a hipoglicemia ou hiperglicemia, controle e manutenção de índices glicêmicos, auxiliando no diagnóstico e na terapêutica a ser utilizada; saber avaliar as condições a partir de alterações registradas e identificar melhorias no DRC.

RESPONSABILIDADE E COMPETÊNCIA

Executante — Compete ao profissional de enfermagem quando necessário e ao que será responsável, conforme escala, aos cuidados do paciente durante a sessão de hemodiálise coletar/avaliar e registrar em prontuário. Responsável — É de responsabilidade do Enfermeiro(a) a supervisão do processo.

PROCEDIMENTO E MATERIAIS

Verificação de Glicemia capilar: O teste de glicemia capilar consiste em um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital. Os valores de referência para controle da glicemia podem ser encontrados no Caderno de Atenção Básica para manejo do diabetes, conforme figura abaixo:

Valores por faixa etária	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia ao deitar/à noite (mg/dl)	HbA1C (%)
Lactentes e pré-escolares (0 a 6 anos)	100 – 180	110 – 200	<8,5%
Escolares (6 a 12 anos)	90 – 180	100 – 180	<8%
Adolescentes e adultos jovens (13 a 19 anos)	90 – 130	90 – 150	<7,5%

Fonte: Cadernos de Atenção Básica / estratégias de controle do Diabetes, Brasil (2013).
Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013.

Materiais:

- Bandeja;
- Glicosímetro;
- Tiras reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lanceta com trava retrátil ou agulha 13x0,45
- Luvas de procedimento;

- Bolas de algodão ou gaze não estéril;
- Frasco com álcool a 70%;
- Caneta esferográfica e papel para anotação do resultado encontrado (sugere-se utilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para anotar os valores obtidos);

4. CONTROLE DE GLICEMIA

O valor de referência da glicemia depende da presença ou não de jejum. O diagnóstico de diabetes mellitus é feito quando duas ou mais dosagens de **glicemia de jejum**, após jejum mínimo de 8h, são **iguais ou maiores que 126 mg/dL**.

Caso a **glicemia capilar** seja colhida na unidade de saúde, de forma **casual** ou sem jejum prévio, a dosagem deverá ser de **até 200 mg/dL**.

Data	Glicemia	Data	Glicemia	Data	Glicemia
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL
	Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL		Jejum Casual _____ mg/dL

32

Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2018.

- Caixa para descarte de material contaminado.

Procedimento:

- Realizar a higienização das mãos de acordo com o Protocolo Higienização das Mão;
- Lavar a bandeja antes e após sua utilização com água e sabão;
- Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente;
- Apresentar-se ao paciente e informá-lo o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente em posição confortável;
- Realizar a antisepsia do local onde será realizada a punção digital com o algodão embebido em álcool a 70%. Aguardar secar;
- Conectar a tira reagente no glicosímetro;
- Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na face lateral da polpa digital de modo a favorecer o seu enchimento capilar, em seguida lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Aproximar a tira reagente e deixar cair sangue na tira reagente já conectada ao glicosímetro; caso não seja possível conseguir a gota de sangue, repetir o procedimento;
- Realizar uma leve compressão no local punctionado com uma bola de algodão seca até hemostasia;
- Aguardar o resultado do glicosímetro;
- Auxiliar o cliente a manter-se posicionado confortavelmente;
- Informar o resultado obtido ao paciente;
- Recolher todo o material, deixar o quarto em ordem, desprezar a fita e a lanceta no coletor de perfurocortantes, e os outros materiais no expurgo;
- Limpar o glicosímetro com álcool a 70%
- Retirar as luvas de procedimento;

- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o ambiente.
- Realizar anotações conforme instituído na unidade de saúde.

Histórico de Revisão do protocolo:

Elaborado por:	Enfermeira Elionai dos S.Silva	Assinatura e carimbo
Data da elaboração		
Revisador por:	Profª Dra Maria Lúcia Cruz Robazzi	Assinatura e carimbo
Aprovado por:	Profª Dra Alisséia G. Lemes	Assinatura e carimbo
Data da revisão		

Fonte: Autoria própria, 2023.

Apêndice C

Modelo de Memorando à Farmácia do hospital.



HOSPITAL MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK
SETOR HEMODIÁLISE

MEMORANDO N° 002/HEMODIÁLISE/PSM/2024

Barra do Garças - MT, 30 de Janeiro de 2024.

Do Setor: Hemodiálise

Enfº Elionai dos Santos Silva

Ao Setor: Farmácia

Farmacêutico(a) Responsável - Coordenador(a)

Assunto: Alta hospitalar de paciente idoso em insuficiência renal

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos por meio deste informar sobre a alta hospitalar do Sr(a) _____, que esteve internado(a) nesta instituição hospitalar com quadro clínico de insuficiência renal. Durante a internação foi prescrito medicamentos de uso continuo e necessita-se de realizar a reconciliação medicamentosa. Segue em anexo a lista dos medicamentos prescritos.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Elionai dos Santos Silva
Enf.º Coren MT nº 274.792

Apêndice D

Modelo de Memorando ao Serviço Social



HOSPITAL MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK
SETOR HEMODIÁLISE

MEMORANDO N° 002/HEMODIÁLISE/PSM/2024

Barra do Garças - MT, 30 de Janeiro de 2024.

Do Setor: Hemodiálise

Enf^a Elionai dos Santos Silva

Ao Setor: Assistência Social

Assistente Social - Coordenador(a)

Assunto: Alta hospitalar de paciente idoso em insuficiência renal

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos por meio deste informar sobre a alta hospitalar do Sr(a) _____, que esteve internado(a) nesta instituição hospitalar com quadro clínico de insuficiência renal. Durante a internação verificou-se que o paciente necessita de suporte social, incluindo benefícios como renda mensal, transporte público, dentre outros.

Assim sendo, solicitamos que o apoio social do HMMMP, se possível, possa oferecer as orientações necessárias a este idoso bem como à sua família.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Elionai dos Santos Silva
Enf.^a Coren MT nº 274.792

Apêndice E

Modelo de Memorando ao Serviço de Nutrição



HOSPITAL MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK
SETOR HEMODIÁLISE

MEMORANDO N° 002/HEMODIÁLISE/PSM/2024

Barra do Garças - MT, 30 de Janeiro de 2024.

Do Setor: Hemodiálise

Enf^a Elionai dos Santos Silva

Ao Setor: Nutrição e Dietética

Nutricionista Responsável - Coordenador(a)

Assunto: Alta hospitalar de paciente idoso em insuficiência renal

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos por meio deste informar sobre a alta hospitalar do Sr(a) _____, que esteve internado(a) nesta instituição hospitalar com quadro clínico de insuficiência renal. O paciente é idoso, apresenta-se debilitado e necessita de orientações sobre dieta alimentar em domicílio. Além da insuficiência renal o paciente ainda é portador de hipertensão arterial e diabetes.

Neste caso, solicitamos que a equipe do setor de nutrição possa realizar as orientações necessárias ao idoso e sua família.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Elionai dos Santos Silva
Enf.^a Coren MT nº 274.792

Apêndice F

Modelo de Memorando ao setor de fisioterapia



HOSPITAL MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK
SETOR HEMODIÁLISE

MEMORANDO N° 002/HEMODIÁLISE/PSM/2024

Barra do Garças - MT, 30 de Janeiro de 2024.

Do Setor: Hemodiálise

Enf^a Elionai dos Santos Silva

Ao Setor: Fisioterapia

Fisioterapeuta Responsável - Coordenador(a)

Assunto: Alta hospitalar de paciente idoso em insuficiência renal

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos por meio deste informar sobre a alta hospitalar do Sr(a) _____, que esteve internado(a) nesta instituição hospitalar com quadro clínico de insuficiência renal. Paciente é idoso, apresenta-se sarcopênico e relatou não realizar atividades físicas.

Solicitamos neste caso, a avaliação do paciente

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Elionai dos Santos Silva
Enf.^a Coren MT nº 274.792

Apêndice G

Modelo de Memorando à Atenção Básica em Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL MILTON PESSOA MORBECK
SETOR HEMODIÁLISE

OFÍCIO N° 002/HEMODIÁLISE/PSM/2024

Barra do Garças - MT, 30 de Janeiro de 2024.

Do Setor: Hemodiálise

Enf^a Elionai dos Santos Silva

À/C: Secretaria Municipal de saúde - Atenção Básica em Saúde

Enfermeiro Coordenador

Assunto: Alta hospitalar de paciente idoso em insuficiência renal

Prezado(a) Senhor(a),

Vimos por meio deste informar sobre a alta hospitalar do Sr(a) _____, que esteve internado(a) no Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck. Paciente é idoso, foi diagnosticado com insuficiência renal, é diabético e hipertenso, e necessita ser acompanhado pela equipe multidisciplinar da Atenção Básica em Saúde para reavaliação do seu quadro de saúde.

Sendo assim, solicitamos que sejam avaliados: situação vacinal, aferição de sinais vitais, realização de exames laboratoriais.

Encaminhamos em anexo o protocolo de verificação de sinais vitais e de glicemia capilar para facilitar o acompanhamento deste paciente.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

Elionai dos Santos Silva
Enf.^a Coren MT nº 274.792
