

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Jamilly Conceição Brito Dias

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA DO CONTEXTO
HOSPITALAR PARA DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

GOIÂNIA

2021

Jamilly Conceição Brito Dias

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA DO CONTEXTO
HOSPITALAR PARA DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Marina Aleixo Diniz Rezende

Coorientadora: Prof.^a Dr^a Vanessa Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

D541t Dias, Jamilly Conceição Brito Transição do cuidado de idosos com demência do contexto hospitalar para domiciliar: revisão integrativa / Jamilly Conceição Brito Dias. -- 2021. 95 f.; il.;

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021

Inclui referências, f. 78-92

1. Idosos - Cuidado e tratamento. 2. Cuidado transicional. 3. demência. 4. Alta do paciente.

Rezende, Marina Aleixo Diniz. II.Vila, Vanessa da Silva Carvalho. III.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - 2021. IV. Título. CDU: Ed. 2007 -- 614-053.9 (043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jamilly Conceição Brito Dias

TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA DO CONTEXTO HOSPITALAR PARA DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em: 30 de Abril de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende
Presidente da Banca – PUC Goiás

Profa. Dra. Adenicia Custódia Silva e Souza
Membro efetivo, interno ao Programa – PUC Goiás

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Membro convidado, externo ao Programa – UNIFAL

Profa. Dra. Valéria Pagotto
Membro suplente, externo ao Programa – UFG

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Coorientadora, interno ao Programa – PUC Goiás

Profa. Dra. Adrielle Cristina Silva e Souza
Membro suplente – PUC Goiás

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do financiamento 001.



O presente estudo integra o projeto temático “A fragilidade e a associação com doenças crônicas não transmissíveis em idosos: um inquérito populacional”, aprovado e financiado no Edital Chamada Universal do CNPq MCTIC/CNPQ N° 08/2018.



DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação primeiramente ao meu Deus, meu redentor e salvador. Aos meus pais, Edvan Santos Brito e Nilva Conceição de Barros Brito; ao meu marido, Pablo Giorne Fausto Dias; e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

No decorrer da elaboração da presente dissertação, pessoas especiais estimularam e fizeram, de forma expressiva, contribuições acadêmicas, sendo assim, agradeço:

À Deus, a quem devo tudo que sou, por me fortalecer e me sustentar mesmo em meio a tantas dificuldades.

À minha orientadora, Profa. Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende, por sua dedicação, disponibilidade, carinho, paciência e apoio, tanto na minha vida profissional, quanto pessoal. Gratidão por ter me dado forças para continuar, sua calma e seu cuidado sempre me acalentam. Com certeza você contribuiu para o meu desenvolvimento enquanto pessoa, enfermeira e docente.

À minha coorientadora Profa. Dra. Vanessa Silva Carvalho Vila, por ter me norteado, direcionado e acreditado em mim, mesmo quando tudo parecia impossível. Agradeço pelos conselhos e orientações para construção desta pesquisa. Admiro o ser humano que você é, me inspiro em você. Gratidão pelo seu cuidado e carinho.

À professora Ms. Sandra Diniz, por acreditar em mim ainda na graduação, sempre apoiando e me fortalecendo, me apresentou o caminho da docência, mesmo quando eu ainda não sabia que rumo seguir. Quanta admiração tenho por você!

À Escola de Ciências Sociais e da Saúde (ECISS) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na pessoa da Profa. Ms. Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite, pelo apoio institucional necessário para a concretização deste estudo, por acreditar em meu potencial. Muito obrigada pelo incentivo, no aperfeiçoamento profissional, desde o processo de seleção até a finalização deste sonho.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, por não medir esforços para que eu pudesse ter uma formação digna, principalmente, pela educação baseada em bons princípios. Obrigado por estarem presentes em todos os momentos da minha vida. Vocês são os meus exemplos de dedicação e perseverança.

Aos meus irmãos Jordana, Jonathas, Joanny e Amanda, que sempre me motivaram, ofertando apoio e compreensão.

Ao meu marido, companheiro, confidente e amigo Pablo Giorne, que não mede esforços para me apoiar, me ofertar amor, carinho, respeito, paciência e compreensão. Grata por estar sempre comigo me incentivando a ser uma pessoa,

profissional, mulher e esposa melhor a cada dia. Esta conquista é nossa, você foi peça fundamental neste processo.

Aos meus amigos que não consigo descrevê-los aqui, obrigada por permanecerem ao meu lado nos momentos mais difíceis. Sempre que precisei estiveram prontos para oferecerem apoio e palavras de conforto. Muito obrigada por me incentivarem na concretização deste sonho.

Aos docentes do MAS que, com tanto cuidado, carinho e dedicação abriram caminhos para que pudéssemos trilhar nossas trajetórias científicas. Em especial a Profa. Dra. Adenicia Souza, pela belíssima condução deste programa, pela presteza e empatia a todos os mestrandos.

Aos amigos do MAS, que estiveram presentes, compartilhando as alegrias, sofrimentos, angústias e frustrações durante estes dois anos. Em especial às minhas amigas Kristina de Freitas Fernandes Santos, Nathalia Caetano Barbosa Teixeira, Giovana Loiola de Farias Jordão e Thayza de Paula Araújo. Vocês são os presentes que o mestrado me proporcionou, muito obrigada por fazerem parte da minha vida.

A todos os familiares e amigos que estiveram presentes na minha caminhada, mesmo não citados nominalmente, todos foram especiais neste processo.

Ao corpo docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que sempre me apoiou e forneceu suporte necessário. Não irei citá-los nominalmente para não cometer a falha de esquecer nenhum de vocês. Gratidão por fazer parte desta equipe exímia.

Agradeço as contribuições extremamente relevantes realizadas pela banca no exame de qualificação.

Agradeço novamente a Deus, principalmente pelo ano de 2020, por ter me dado saúde e forças, mesmo em meio ao colapso ocasionado pela pandemia de Covid-19. Este ano ficará guardado para sempre em meu coração, como um ano de mudança, renúncia e ressignificação. Obrigada Deus por me permitir reinventar e concretizar esse sonho.

E por fim, agradeço a todos (a) que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste grande sonho. Muito obrigada!

RESUMO

DIAS, J. C. B. **Transição do cuidado de idosos com demência do contexto hospitalar para domiciliar**: revisão integrativa. Revisão integrativa. 2021. 75p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil, 2021.

A transição do cuidado é uma ação que visa coordenação e boa comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades para que ocorra a continuidade da assistência, na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou até mesmo transferência para o próprio domicílio. Este processo inclui pacientes, familiares e cuidadores, portanto o idoso com demência está mais propenso a hospitalizações recorrentes e demandará das famílias um preparo para o gerenciamento do cuidado. Assim, o propósito dessa revisão integrativa foi analisar as evidências científicas sobre o cuidado transicional de idosos com demência do contexto hospitalar para o domiciliar. A questão norteadora deste estudo: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar de idosos com demência?”. A busca dos estudos primários foi em novembro de 2020, as bases de dados utilizadas foram: LILACS; MEDLINE; CINAHL; EMBASE; WEB OF SCIENCE. A amostra foi composta por cinco estudos primários, foram publicados na Austrália, Estados Unidos e Canadá. Em relação a hierarquia de evidência, todos os estudos primários obtiveram classificação VI. Observou-se nos estudos que há uma similaridade entre as intervenções de cuidado transicional nos países. As mais citadas foram: o uso da tecnologia como uma excelente ferramenta nos serviços de saúde; uso do prontuário eletrônico; plano de cuidado individualizado com associação de instrumentos diários da assistência hospitalar; educação permanente em saúde; aprimoramento da comunicação entre a equipe multiprofissional, cuidadores/familiares; monitoramento após a alta hospitalar e o principal, inserção do paciente e o cuidador/familiar no planejamento de alta. Em síntese, as principais implicações para o aprimoramento do cuidado transicional de idosos com demência descritos nos estudos revisados e que apontam caminhos para promover o cuidado transicional seguro são a comunicação contínua e eficaz entre família, profissionais de saúde e serviços de saúde comunitários. O enfermeiro, na maioria das vezes, demonstrou ser o principal responsável pelo planejamento e execução da transição do cuidado, uma vez que é o profissional que está diretamente ligado no cuidado destes pacientes, desde a sua admissão até a alta hospitalar, porém este processo envolve diversos atores. A comunicação entre os diversos níveis de saúde é uma excelente estratégia de transição de cuidados, uma vez que o sistema de saúde é composto por diversos níveis de saúde. É certo que cada país garante o acesso ao serviço de saúde de uma determinada forma, mas entender sobre o processo saúde-doença do paciente é de extrema relevância para eficácia do cuidado transicional e potencialização do paciente, cuidador e familiar neste processo.

Palavras-chave: Idoso. Cuidado Transicional. Demência. Alta do paciente.

ABSTRACT

DIAS, J.C.B. **Transitions of care of older adults with dementia from hospital to home: an integrative review.** 2021. 75p. Master's (Dissertation) - Stricto Sensu Graduate Program in Health Care, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Brazil, 2021.

Transitions of care are actions aim at coordination and good communication between people from different backgrounds, experiences, and skills so that the continuity of care occurs in the transfer of patients between different health services or even transfer to their own home. This process includes patients, families, and caregivers. It is essential to prevent recurrent hospitalizations of older adults with dementia and require families to prepare for care management. Thus, this integrative review aimed to analyze the scientific evidence on the transitional care of older adults with dementia from hospital to home. The research question was: "What is the scientific evidence available on the transitions of care of older adults with dementia from hospital to home?" The search for primary studies was in November 2020, and the databases used were LILACS; MEDLINE; CINAHL; EMBASE; WEB OF SCIENCE. The sample consisted of five primary studies published in Australia, the United States and Canada. All primary studies obtained a VI level of evidence classification. It was observed in the studies that there is a similarity between the transitional care interventions in the countries. The research evidence mainly the use of technology as an excellent tool in health services; use of electronic medical records; individualized care plan with an association of daily hospital care instruments; health educations strategies; improving communication between the Healthcare team, family caregivers; monitoring after hospital discharge and the central insertion of the patient and the family caregivers in the discharge planning. In summary, the main implications for improving transitional care for older adults with dementia described in the reviewed studies that point to ways to promote safe transitional care are continuous and effective communication between family, health professionals and community health services. Most of the time, it proved to be the main responsible for the planning and execution of the care transition, since it is the professional who is directly linked to the care of these patients, from their admission to hospital discharge, but this process involves several actors. Communication between different levels of health is an excellent strategy for the transition of care. Since the health system is composed of different levels of health, each country inevitably guarantees access to health services in a certain way but understand the patient's health-disease process and are highly relevant to the effectiveness of transitional care and empowerment the patient, caregiver and family in this process.

Keywords: Aged. Transitional Care. Dementia. Patient discharge.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1:	Níveis de evidência para responder as questões clínicas sobre a eficácia das intervenções.....	33
Figura 2:	Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos.....	35

Quadros

Quadro 1:	Descritores controlados e não controlados.....	31
Quadro 2:	Caracterização dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, por meio de busca nas bases de dados, Goiânia, GO, Brasil, 2021.....	37
Quadro 3:	Sínteses dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, quanto ao objetivo, método, principais resultados e implicações para a transição do cuidado do contexto hospitalar para domiciliar de idosos com demência.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AD	Atenção Domiciliar
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (Índice cumulativo para literatura de enfermagem e saúde aliada)
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DA	Doença de <i>Alzheimer</i>
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	<i>Caribbean Health Sciences Literature</i> (Literatura Caribenha de Ciências da Saúde)
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidência
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRISMA	<i>Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> (Relatórios de itens para revisões sistemáticas e meta-análises)
RI	Revisão Integrativa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
PCC	<i>Population, Concept e Context</i> (População, Conceito e Contexto)
PUBMED	<i>United States National Library of Medicine</i> (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos)
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
WAR	<i>World Alzheimer Report</i> (Relatório Mundial do <i>Alzheimer</i>)
WEB OF SCIENCE	<i>Clarivate Analytics</i> (Clarivar análises)

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	12
1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVO.....	18
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1	O processo do envelhecimento.....	19
3.2	Demência.....	20
3.3	Cuidado transicional com ênfase na atenção à saúde do idoso com demência.....	23
4	MÉTODO.....	29
4.1	Tipo de Estudo.....	29
4.1.1	Elaboração da questão de pesquisa.....	29
4.1.2	Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários.....	29
4.1.3	Extração e categorização dos dados.....	34
4.1.4	Avaliação dos estudos primários.....	34
4.1.5	Interpretação dos resultados.....	35
4.1.6	Apresentação da revisão e síntese do conhecimento.....	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	Resultados da busca sistematizada.....	36
5.2	Caracterização dos estudos primários elegíveis.....	37
6	DISCUSSÃO.....	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE SÍNTESE DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS.....	63
	APÊNDICE B - SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 01.....	64
	APÊNDICE C - SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 02.....	66
	APÊNDICE D - SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 03.....	68
	APÊNDICE E - SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 04.....	70
	APÊNDICE F - SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 05.....	72

APRESENTAÇÃO

A motivação para estudar o processo de transição do cuidado de idosos com demência no processo de alta hospitalar para dar continuidade integral no domicílio veio a partir da minha experiência profissional como gestora de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Pude acompanhar alguns processos de desospitalização até a admissão do SAD, que muitas vezes ocorriam de forma desintegrada e não planejada. A alta hospitalar não planejada e não programada prejudica a continuidade da assistência no domicílio, tanto pela equipe do SAD, quanto para os cuidadores/familiares.

Ao ingressar no Mestrado em Atenção à Saúde fui inserida nas atividades do projeto temático “A fragilidade e a associação com doenças crônicas não transmissíveis em idosos: um inquérito populacional”. Durante as atividades científicas neste projeto, fomos amadurecendo conceitos, estudando temáticas relacionadas ao envelhecimento populacional e os desafios para promover o cuidado integral a esse grupo populacional.

Esse processo despertou em mim o interesse e a meta de buscar aprofundar o conhecimento e a produzir este estudo frente à existência de fatores complexos que interferem na qualidade e segurança do processo de transição, principalmente pacientes idosos com demência. Poucos estudos abordam a transição de idosos com demência do hospital para o domicílio, deixando assim uma lacuna no conhecimento científico. Neste sentido, esta dissertação de mestrado possibilita aprofundar o conhecimento nesta área temática e contribui para o desenvolvimento de ações de saúde, visando uma melhor assistência ao paciente, na prática clínica e na tomada de decisões da equipe multidisciplinar em parceria com o núcleo familiar desses idosos, garantindo, assim, melhoria das condições de trabalho e a implantação de intervenções voltadas à transição do cuidado.

Nesta perspectiva, este estudo foi desenvolvido com foco na produção da síntese integrativa de estudos primários sobre o cuidado transicional de idosos com demência. O foco central foi caracterizar as intervenções implementadas para promoção da transição do cuidado, especificamente no processo de alta do contexto hospitalar para o domiciliar.

Os resultados contribuirão para novas compreensões científicas dos desafios enfrentados neste processo e para fortalecer e aprimorar o cuidado integral de idosos

com demência, apontando a necessidade de incrementar os protocolos de alta hospitalar e de seguimento e monitoramento dessas pessoas em toda a rede de atenção à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, a diminuição das taxas de mortalidade e a fecundidade contribuem para o envelhecimento populacional. O levantamento realizado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) em 2018, relatou que, pela primeira vez na história, pessoas com 60 anos ou mais superaram o número de crianças com menos de cinco anos. No Brasil, as estatísticas apontam que, atualmente, uma em cada dez pessoas no país tem 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2017; IBGE, 2016).

O processo de envelhecimento gera mudanças significativas nos padrões de morbimortalidade. O principal impacto é o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que representam as principais causas de mortalidade e incapacidade dos idosos em todo o mundo. Entre as principais DCNT que afetam a saúde do idoso estão as doenças cardiovasculares, endócrinas, respiratórias e as neoplasias. As DCNT tornam os idosos mais frágeis e dependentes, principalmente quando são acometidos por uma síndrome demencial (PIMENTA *et al.*, 2013).

A demência é uma síndrome clínica caracterizada pela redução progressiva da capacidade cognitiva do indivíduo, manifestada principalmente em idosos, causando dependência total de familiares, cuidadores e profissionais de saúde. Possui mecanismos fisiopatológicos que ativam o processo de inflamação e desregulação neuroendócrina do organismo do idoso, podendo acelerar o processo de vulnerabilidade do indivíduo e influenciar no estado de piora do idoso (AVILA *et al.*, 2009; BOYLE *et al.*, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2007).

A demência representa uma das principais causas de incapacidade no envelhecimento, afetando principalmente a população idosa. Esta condição crônica causa declínio geral das habilidades cognitivas e comportamentais, como: memória, linguagem e raciocínio (PRINCE *et al.*, 2013; TORPY; LYNM; GLASS, 2008).

Além disso, a demência gera um elevado impacto na qualidade de vida das pessoas idosas e familiares que acompanham o cuidado desses idosos no contexto domiciliar, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no ano de 2010 havia cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência. Estima-se que haverá uma duplicação deste número a cada 20 anos; ou seja, em média, 65,7 milhões em 2030, e 115,4

milhões em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de aproximadamente 7,7 milhões, o que significa uma pessoa diagnosticada a cada quatro segundos.

Estudo realizado pela *World Alzheimer Report (2019)* revela que cerca de 70 milhões de pessoas em 155 países vivem com demência, com maior incidência em idosos do sexo feminino. Observa-se que a demência contribui para o declínio cognitivo e, com o passar do tempo, o idoso se torna ainda mais dependente, conseqüentemente diminuindo sua funcionalidade, fazendo com que os cuidados centrados na pessoa idosa sejam ainda mais intensificados, sejam eles em qualquer contexto que este esteja inserido (CEREJEIRA; LAGARTO; LADINSKA, 2012).

O idoso com demência está mais propenso à hospitalização recorrente. Desta forma, os cuidadores/familiares necessitam de um preparo para o gerenciamento do cuidado. A pessoa idosa com demência passa a vivenciar situações que demandam o cuidado centrado em suas necessidades para além do contexto dos serviços de saúde. Esse fato é decorrente principalmente da elevada prevalência de morbidades crônicas, que trazem para a vida do idoso e sua família a necessidade de preparo para as frequentes necessidades de hospitalizações e de transições de cuidado entre os serviços de saúde e contexto domiciliar (CEREJEIRA; LAGARTO; LADINSKA, 2012).

A crescente desospitalização precoce exige maior preparo para os cuidados de alta e cria uma importante função de coordenação e gestão nesse processo transicional (ARORA *et al.*, 2010). Nesse contexto, para esses idosos, o domicílio se torna um local de tratamento, recuperação e reabilitação.

Os pacientes que demandam cuidados domiciliares são: portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não, oncológicos, doenças cardiovasculares, pessoas com deficiências físicas, sensoriais, pessoas com HIV ou AIDS, pacientes com DCNT, doenças cognitivas e comportamentais (BRASIL, 2000).

No Brasil, a Atenção Domiciliar (AD) promove uma excelente articulação dos serviços de saúde, possibilitando a continuidade do cuidado em âmbito domiciliar e otimizando o uso de leitos e a busca pelo setor terciário de saúde (BRASIL, 2020).

A portaria n. 825, de 25 de abril de 2016, define Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde, integrada à rede de atenção à saúde (RAS), prestada em âmbito domiciliar, que pode ser caracterizada pela prestação de cuidados, a fim de prevenir e tratar doenças, com enfoque na reabilitação, palição e promoção à

saúde, garantindo continuidade de cuidados fora do contexto hospitalar (BRASIL, 2016).

Para Dias *et al.* (2015), a AD contribui significativamente para o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando o acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado, permitindo a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar. Contudo, visa potencializar a equipe multidisciplinar e multiprofissional, paciente, cuidador e familiar no gerenciamento do cuidado.

Um estudo realizado no Estados Unidos com idosos hospitalizados evidenciou que os pacientes não estão preparados para desenvolver o papel de autogestão no próprio ambiente domiciliar. Várias intervenções de transições do cuidado foram implementadas a fim de fornecer aos pacientes e cuidadores/ familiares uma postura mais ativa. Tais intervenções contribuíram na redução de 30% do número de readmissões que decorriam em até 30 dias da alta hospitalar e em 15% os custos com reinternações (COLEMAN *et al.*, 2006).

A redução das re-hospitalizações e dos custos gerados pelas internações é possível devido ao envolvimento dos profissionais na elaboração do cuidado transicional, os pacientes e cuidadores estavam envolvidos no processo desde a sua admissão, e suas necessidades foram atendidas e compreendidas (COLEMAN *et al.*, 2006).

Flesh e Araújo (2014) reforçam a relevância e a complexidade da transição do cuidado hospitalar para domiciliar, ressaltam que até o momento as publicações nacionais voltadas para o processo de alta ainda são insuficientes. O autor sugere ainda que há necessidade de estudos que abordem sobre a transição do cuidado e o processo de alta hospitalar.

Compreende-se transição do cuidado como ação que visa coordenação e boa comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades para que ocorra a continuidade da assistência na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou até mesmo transferência para o próprio domicílio. Este processo inclui pacientes, familiares e cuidadores (COLEMAN; BOULT, 2003).

A produção científica com enfoque em idosos com demência é um assunto emergente e pouco discutido no Brasil e no mundo. Verificou-se que os estudos acerca da transição do cuidado de idosos expressam a importância deste processo para obtenção de desfechos favoráveis em saúde, assim como para melhorar a

experiência do idoso e família no gerenciamento do cuidado (FORTINSKY; DOWNS, 2014). No entanto, apontam a escassez de estudos e ações direcionadas a pessoas idosas com demência, especialmente na transição do cuidado hospitalar para o contexto domiciliar.

O presente estudo tem como foco a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, sendo este último o local em que os idosos vivem sob responsabilidade de cuidadores/familiares, especialmente o processo de alta hospitalar que envolve-se familiares, pacientes, profissionais e cuidadores.

Ressalta-se a necessidade da qualificação dos processos de alta, apostando-se na capacidade educadora da Enfermagem e de toda a equipe multidisciplinar que compõe os serviços de saúde, a fim de proporcionar aos pacientes e aos seus cuidadores/familiares o autogerenciamento do seu próprio cuidado no domicílio.

2 OBJETIVO

- Analisar as evidências científicas sobre o cuidado transicional de idosos com demência do contexto hospitalar para o domiciliar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O processo do envelhecimento

O envelhecimento, antes considerado um evento inédito, hoje é uma característica comum na população. Portanto, estima-se que até o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005).

O envelhecimento é definido como um processo sequencial, individual, não patológico, ocasionado pela deterioração de um organismo jovem, característica inerente a todos os seres humanos, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2017).

O avanço no envelhecimento populacional contribuiu para uma transição epidemiológica significativa e o aumento das DCNT. A partir deste avanço surgiu a necessidade de novas demandas e adequações das políticas de saúde, particularmente aquelas voltadas aos idosos (MENDES, 2011).

São considerados idosos, sob o ponto de vista cronológico, todos os indivíduos com 65 anos ou mais de idade, vivendo em países desenvolvidos, ou com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2005).

O ato de envelhecer é uma consequência natural da vida, conhecida como velhice. Esta etapa ainda vem sendo uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização. Dados demonstram grandes preocupações populacionais, pois quando questionados os idosos relatam preocupação nos acometimentos característicos desta fase, sendo os principais: comprometimento funcional e a incapacidade (NETTO, 2016).

O envelhecimento colabora com o aparecimento de diversos episódios únicos desta fase, a senescência, que são as alterações orgânicas, funcionais e até mesmo psicológicas próprias do envelhecimento, e a senilidade, que são características compostas por diversas modificações e patologias que frequentemente acometem a pessoa idosa e, por vezes, compreende em uma etapa extremamente difícil. A precisão do limite destes dois estados não é possível definir ao certo e quantificar os efeitos de uma sobre a outra, induzindo, assim, várias variáveis de alterações (NETTO, 2016).

A senescência pode ser definida por duas fases: uma não gera comprometimento significativo, mantém as características fisiológicas de forma robusta, semelhante à idade adulta. Na outra fase observa-se uma perda funcional lentamente progressiva, que não provoca incapacidade, mas que traz limitações ao idoso (MORAES, 2008).

O envelhecimento acarreta alterações anatomopatológicas, que geralmente se manifestam através de doenças crônicas. Diante disto, o envelhecimento tem sido associado a uma prevalência de doenças crônicas, causadoras de dependência, fragilidades, incapacidades e óbito (GARCIA *et al.*, 2006; PACHECO; SANTOS, 2004).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o sistema de saúde brasileiro possui em sua estruturação diversas ações voltadas à saúde materno-infantil, deixando de lado o olhar ao envelhecimento, onde o idoso não é visto como uma prioridade (BRASIL, 2006).

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (FIRMO *et al.*, 2003).

Em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reforçou que a população idosa representa cerca de 14,6% da população. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) relata que os idosos demandam mais recursos de internação hospitalar no âmbito da saúde pública, quando comparado com os outros grupos. Consequentemente, este aumento gerará uma necessidade de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso em todos os níveis de atenção.

3.2 Demência

A demência é caracterizada por um declínio na cognição, causando modificações comportamentais envolvendo fatores neuropsiquiátricos, contribuindo na diminuição do desempenho e perda da independência para as atividades de vida diária (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A demência é considerada uma doença neurodegenerativa, frequentemente associada à idade. Quando manifestada afeta os fatores cognitivos e neuropsíquicos,

resultando em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação (JANUS; WESTAWAY, 2001; ZHAO; TANG, 2002).

No Brasil, a prevalência de demência é estimada em cerca de 5% da população idosa em geral e aumenta com a idade, dobrando a cada cinco anos, aproximadamente, após os 65 anos de idade. Em Catanduva, no Brasil, a prevalência de demência foi de 7,1% entre os habitantes com 65 anos ou mais; 1,6% entre os de 65 a 69 anos; 3,2% entre os de 70 a 74 anos; 7,9% entre os de 75 a 79 anos; 15,1% entre os de 80 a 84 anos e 38,9% entre os maiores de 85 anos (BRASIL, 2007).

De uma forma geral, estima-se que as taxas de prevalência de pessoas vivendo com a demência varia de 5,1% a 12,9%. Em número absoluto, estima-se que o Brasil seja o nono país com maior número de casos com demência (PRINCE, 2013).

Burlá *et al.* (2013), em um estudo desenvolvido com idosos acima de 65 anos, estimou que a medida de prevalência da demência na população idosa brasileira foi de 7,6%.

Nos Estados Unidos da América (EUA) um estudo realizado em Olmsted, Minnesota, indicou que a demência afeta cerca de 13% de idosos e menos da metade dos casos são diagnosticados na atenção primária, fazendo com que a doença evolua sem diagnóstico precoce (MOGA; ROBERTS; JICHA, 2017).

Devido às constantes transições demográficas e à alta evolução das doenças neurodegenerativas, estima-se que, na América Latina, o número de pessoas com demência aumentará de 7,8 milhões, dado levantado em 2013, para 27 milhões até 2050. A prevalência global na América Latina é de 7,1%, sendo mais frequente o *Alzheimer*. Nota-se que esse nível é semelhante em diversos países desenvolvidos em todo o mundo (CUSTODIO *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado na Cidade de Kolkata, na Índia, por pelo menos cinco anos (2003-2008), por meio de uma triagem cognitiva com perguntas simples sobre percepção da memória, prosseguindo-se em estágio subsequente do estudo avaliação neuropsicológica, encontrou-se baixa prevalência e incidência de demência, chegando a 1,53% para idosos ≥ 65 anos (BANERJEE *et al.*, 2017).

Gonçalves-Pereira *et al.* (2019) realizaram um estudo transversal em residentes com 65 anos ou mais de duas áreas geograficamente definidas no sul de Portugal, onde foram entrevistados 1405 idosos, sendo a taxa de prevalência de demência em moradores da comunidade de 9,23%.

Estima-se que na Austrália o número de pessoas com demência aumente de 266.574 para 942.624 até o ano de 2050. O número de pessoas com demência hospitalizadas aumenta cerca de 25% ao ano, enquanto pessoas sem demência são responsáveis por 12% das internações (Australian Institute of Health and Welfare, 2006; Deloitte Access Economics, 2011; RUNGE, GILHAM, PEUT, 2009).

Cerca de um terço dos casos de demência apresentam aspectos genéticos. Esses casos, em geral, são acometidos precocemente. Pessoas afetadas pela doença possuem cerca de 50% de chance de ter filhos afetados pela patologia (SMITH, 1999).

Breitner (1991), em um estudo genético realizado na população norte-americana, estimou que os filhos de pessoas com Alzheimer, um dos subtipos da demência, demonstraram risco de 16% a 50% de manifestar a doença devido à herança autossômica. A influência genética é relevante, levando-se em conta que, a maioria das causas degenerativas não dispõe de tratamentos preventivos (MOGA; ROBERTS; JICHA, 2017).

No Brasil, em especial, na avaliação de 100 pacientes consecutivamente atendidos com diagnóstico de demência, 54 casos receberam diagnóstico de DA e 20 eram portadores de demência vascular (NITRINI, 1993).

Os principais subtipos da demência são delirium, demência front temporal, demência dos Corpos de *Lewy*, demência vascular e *Alzheimer*, sendo este o subtipo mais comum. O *Alzheimer* é uma doença neurodegenerativa que ocorre de modo progressivo e irreversível, frequentemente predisposta pela idade, sendo incomum antes dos 60 anos, aumentando sua prevalência a partir desse período (GROPPO *et al.*, 2012).

O processo fisiopatológico do *Alzheimer* se dá pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral. As características histopatológicas presentes no parênquima cerebral de pacientes portadores de *Alzheimer* incluem depósitos fibrilares amiloidais localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novelos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação (SELKOE, 2001).

Geralmente, seu primeiro aspecto clínico característico é a perda da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até um certo estágio da

doença. Com o avançar da doença outros aspectos clínicos são afetados causando dificuldade de atenção e fluência verbal. Alguns fatores como grau de vigilância e a lucidez não são afetados, até que haja uma deterioração total. A fraqueza motora não é um aspecto muito comum, embora as contraturas musculares sejam uma característica comum nos estágios avançados da doença (LINDEBOOM; WEINSTEIN, 2004).

Portanto, o idoso com demência precisa de um plano de cuidados elaborado por toda a equipe multiprofissional. Este deve se iniciar desde da sua admissão até a alta hospitalar. O planejamento antecipado potencializa o paciente e familiares na atuação do cuidado, uma vez que a demência é uma doença degenerativa que acomete a cognição, causando declínio em diversos fatores (GALIK; STEFANACCI, 2019).

3.3 Cuidado transicional com ênfase na atenção à saúde do idoso com demência

O cuidado transicional é definido como um conjunto de ações que visam garantir a continuidade do cuidado em todos os níveis de assistência da qual o paciente está sendo inserido, seja na atenção primária, secundária e terciária de saúde. É baseado na compreensão e na elaboração do plano de cuidados por parte dos estabelecimentos de práticas de saúde, portanto, exige-se empenho, envolvimento e pro-atividade dos profissionais de saúde para que tal transição ocorra de forma efetiva e clara. Inclui organização da transferência da assistência, a capacitação do paciente e do familiar, a supervisão, o acompanhamento e a coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos (COLEMAN, 2003).

O cuidado transicional surge no cenário mundial como um importantíssimo conceito. Com isso, os estabelecimentos de saúde necessitam implementar avaliações de demandas de cuidado. Essas avaliações tornam-se importantes diante de algumas especificidades atuais, tais como envelhecimento populacional e desenvolvimento de multimorbidades, o que torna as pessoas mais vulneráveis socialmente e psicologicamente (COLEMAN, 2003).

Sabe-se que os pacientes com doenças crônicas, tais como a demência, necessitam de cuidados intensivos devido ao alto índice de vulnerabilidade. Mesmo com estas especificidades os sistemas de saúde falham na comunicação da transição do cuidado. Essa transição inclui a transferência da assistência dos profissionais de

saúde aos familiares, pacientes, cuidadores e até mesmo entre profissionais. Muitas vezes a transição do cuidado é falha, causando insegurança e desconhecimento às pessoas envolvidas (CAMPITELLI *et al.*, 2016; COLEMAN, 2003; MAXWELL *et al.*, 2019).

Para Haggerty *et al.* (2003), é necessário empoderamento dos familiares, cuidadores e profissionais no momento da alta hospitalar, para que a continuidade do cuidado seja garantida de forma efetiva. Para isso, os serviços de saúde deverão realizar a mobilização de profissionais e os recursos adequados para realizar as atividades.

A alta hospitalar define-se pela transição do paciente de um centro de cuidado específico ou de um setor. Deve ser planejada em conjunto com o paciente, familiar e/ou cuidador, pois trata-se de uma continuidade de cuidados que se permeia do contexto hospitalar para o domiciliar, e falhas neste processo aumenta o índice de re-hospitalização (BRASIL 2004; FLESCHE; ARAÚJO, 2014).

O processo de alta hospitalar faz parte da transição de cuidados, devendo estar presente durante todo o período de hospitalização do paciente, para que ocorra a continuidade da assistência fora do âmbito hospitalar. Portanto, a equipe multiprofissional deve desenvolver um plano terapêutico individualizado (LANNIN *et al.*, 2007).

Um estudo realizado em Cingapura avaliou 259 pacientes inscritos em um programa de assistência domiciliar voltado à transição de cuidados multidisciplinares e concretizou que os pacientes tiveram uma redução significativa nas admissões hospitalares, atendimentos de emergência e tempo de internação nos períodos de três a seis meses (LOW *et al.*, 2015).

O idoso, ao ser submetido ao processo de hospitalização, torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde, devido à complexidade das ações de cuidado a serem dispensadas e à extrema vulnerabilidade que este indivíduo se encontra, podendo persistir durante e após a alta hospitalar (KAHLON *et al.*, 2015).

Idosos com demência dependem de informações concretas durante o processo de hospitalização, as mesmas devem ser repassadas de forma clara aos familiares e cuidadores. Atualmente, 83% dos 5,8 milhões de pessoas com *Alzheimer* ou doença relacionada à demência nos EUA são cuidadas por um ou mais membros da família (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019; BRODATY; DONKIN, 2009).

A transição de cuidado de idosos com demência, por diversas vezes, é falha, gerando assim descontinuidade da assistência, devidos aos cuidadores não estarem aptos ao cuidado no contexto domiciliar. Essas falhas podem ser identificadas na ineficácia das informações nos sumários de alta, que nem sempre descrevem o real estado de saúde do paciente nas orientações dos medicamentos de uso contínuo e nos novos que podem ter sido inseridos durante a hospitalização, na ausência de monitoramento pós-alta, principalmente dos sinais e sintomas da doença (NAYLOR, 2006).

Dadalto e Calvacante (2021) ressaltam que quanto mais avançado o quadro demencial do idoso, maior a chance de o cuidado desenvolvido pelo cuidador ser ineficiente. Portanto, deve haver um constante monitoramento entre a equipe multiprofissional (cuidadores primários) e o cuidador secundário, reforçando a importância do suporte das redes de atenção à saúde, principalmente a atenção primária.

Destaca-se a extrema importância de desenvolver intervenções e planejamento da alta para pacientes com demência e seus cuidadores. Os cuidadores, neste contexto, vivenciam sobrecarga física e emocional, especialmente frente à complexidade vivenciada para garantir a continuidade do cuidado (DADALTO; CALVACANTE, 2021).

Uma revisão composta por 73 estudos sobre comunicação e informação no ambiente hospitalar e na atenção primária entre profissionais médicos, indica que a comunicação direta entre esses médicos não era efetiva (3-20%). Este fator colabora para piora da qualidade do atendimento em aproximadamente 25% dos pacientes. Além disso, os relatórios de altas eram insuficientes, não constavam dados básicos, dificultando assim a transição do cuidado (CUMMINGS *et al.*, 2010).

Um estudo sobre associação de medicamentos, realizado com pacientes idosos que estavam com alta hospitalar programada, relatou que 70% não entendiam as novas instruções sobre dosagem, vias de administração, posologia no momento da alta, deixando assim incertezas e dúvidas quanto à sua correta administração. Sendo assim, reforça a importância do planejamento da alta pela equipe multidisciplinar, a fim de esclarecer aos pacientes e seus respectivos cuidadores sobre o uso de medicamentos conforme sua prescrição. Mudanças nas medicações no ambiente hospitalar eram potenciais para erros não intencionais. Esta análise indica

potencial para os eventos adversos, advindo das medicações após a alta hospitalar (ZIAEIAN *et al.*, 2012).

Por se tratar de uma doença degenerativa, conforme a progressão da demência, esse comprometimento pode afetar a cognição, reduzir a capacidade do indivíduo de comunicar-se, diminuir a autonomia e a compreensão do que há em sua volta, tornando estes pacientes bastante vulneráveis durante as transições (KABLE *et al.*, 2015).

Sabe-se que a comunicação é a base fundamental na transição de cuidados. Há uma enorme necessidade que os âmbitos de saúde estejam interligados e que na transferência de um paciente a comunicação seja efetiva, contribuindo para a continuidade da assistência (CHENOWETH; KABLE; POND, 2015).

O processo de avaliação e a comunicação são essenciais a cada novo contexto em que o paciente é inserido. O compartilhamento de responsabilidade social para família e cuidadores melhora a integração de conhecimentos relacionados à saúde e outros aspectos referentes ao seu ente. A disponibilização dos serviços de assistência domiciliar deve ser criteriosamente avaliada e indicada sempre que necessário. O uso do teleatendimento e da telemedicina pelos serviços de saúde é de extrema importância no processo do cuidado transicional (CAMERON *et al.*, 2016).

A comunicação interprofissional e o planejamento da alta devem garantir a segurança e a qualidade do atendimento, por isso seu início se dá desde o processo de admissão. Recomenda-se que estratégias sejam implementadas por parte dos profissionais a fim de reduzir complicações pós-alta. Uma estratégia bastante eficaz é o desenvolvimento de um plano de cuidados centrado no paciente, planejamento precoce de alta, identificação precoce de possíveis problemas que dificultam ou podem vir a dificultar a alta, avaliação domiciliar prévia para identificar eventual necessidade de modificação no ambiente, avaliação pré-alta das necessidades físicas e da capacidade do cuidador, além de formação e orientação específicas para o cuidador (CAMERON *et al.*, 2016).

Quando é recomendada a continuidade do cuidado por meio do Serviço de Atenção Domiciliar é importante que haja uma comunicação entre os profissionais, para que a alta e admissão sejam realizadas com qualidade, com vistas a garantir a continuidade do cuidado nos diferentes contextos. O gestor de cuidado deverá ser responsável pelo acompanhamento pós-alta, visando, assim, garantia da

continuidade do cuidado e afirmar se a inclusão das orientações de alta e do plano de assistência estão sendo atendidos em sua totalidade (CAMERON *et al.*, 2016).

As taxas de institucionalização e o tempo para admissão de um idoso com demência em uma ILPI pode variar quando se faz uma comparação entre países (BRODATY; DONKIN, 2009).

Feldman *et al.* (2009, analisou a taxa de admissão nas ILPI's nos países do Reino Unido e os países do Norte da Escandinávia, quando compararam idosos com demência com as mesmas características e os mesmos grau de dependência, e notaram que o Reino Unido possui um índice bem menor em relação a Escandinávia. Portanto, acredita-se que as características dos cuidadores interferem bastante.

As falhas no processo de alta hospitalar, ausência de treinamentos de familiares/cuidadores e o despreparo destes para assumir o cuidado no contexto domiciliar tem sido pouco discutidas. Observa-se a necessidade de promover a transição de cuidados após o período de hospitalização (COHEN, COHEN, BATHIN, 2009; NELSON; PULLEY, 2015).

A ausência de continuidade do cuidado no contexto domiciliar muitas vezes ocorre devido à ineficácia dos sistemas de saúde, trazendo assim sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança nos pacientes, familiares e cuidadores. A sensação de abandono também é comum por parte dos envolvidos, pois não se sentem inseridos no planejamento de alta (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; KIND *et al.*, 2007).

A fim de garantir a continuidade do cuidado após uma desinstitucionalização, a portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Se faz necessário que antes da alta hospitalar seja elaborado um plano terapêutico de forma conjunta pela equipe multiprofissional, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, como idosos com demência (BRASIL, 2013a).

As falhas na elaboração dos planos de cuidados podem ocorrer devido à sobrecarga de trabalho, falta de interação entre a equipe multidisciplinar e ausência de sistematização da alta. Esta deve ocorrer desde o momento da inserção do paciente ao hospital; tais orientações devem ser permanentes e direcionadas aos pacientes, cuidadores e familiares. A formulação de estratégias, além de protagonizar

pacientes, cuidadores e familiares no cuidado domiciliar, contribui no desenvolvimento de alternativas de apoio e contribui para melhor compreensão dos aspectos da doença. O cuidado coordenado hospital-domicílio aumentaria a qualidade de vida do doente (TAYABAS; PONCE; IBARRA, 2015).

Em uma revisão integrativa realizada por Fortinsky e Downs (2014), com enfoque na otimização da transição de cuidado de pessoas com demência do serviço de saúde em diversos países, notou-se que cada um dos países possui estratégias a fim de diminuir os impactos da transição de cuidado. Na Austrália, a principal estratégia é o diagnóstico precoce; na Inglaterra, além do diagnóstico precoce reforçam a importância da atenção primária e profissionais capacitados; na França, a estratégia nacional é facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Com isso, foram criados diversos centros de especialidades em várias regiões com profissionais especializados em demência, visando promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento.

Na Noruega, a principal estratégia é traçar planos estratégicos individualizados e acompanhar os pacientes com demência no âmbito domiciliar. Na Escócia, o cuidado do paciente com demência é centrado na pessoa, família e cuidadores. A educação em saúde também é essencial para a sensibilização para buscar os serviços de saúde a fim de obter o diagnóstico precoce. Nos Estados Unidos, a estratégia nacional é o cuidado centrado na pessoa, desmistificação da doença, apoio e acessibilidade aos serviços de saúde, tanto para os pacientes como para familiares e cuidadores (FORTINSKY; DOWNS, 2014). Mesmo com a identificação de várias intervenções por diversos países que objetivam melhorar a transição de cuidados, ainda há poucos estudos que abordam a temática, principalmente no que tange pacientes com demência.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de revisão integrativa (RI), que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas e estudos sobre um determinado tema e proporcionar resultados complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem e para a prática clínica (ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A RI é um método de revisão que permite a busca, a avaliação crítica e as sínteses das evidências disponíveis da questão de estudo; o produto final aponta o conhecimento atual do tema estudado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; WHITTEMORE, KNAFL, 2005).

Para o desenvolvimento deste estudo preconizou-se as seis etapas seguintes: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura dos estudos primários; 3) extração e categorização dos dados; 4) avaliação dos estudos primários; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1.1 Elaboração da questão de pesquisa

A elaboração da questão de pesquisa foi implementada considerando-se a estrutura mnemônica **PICo** – **P**opulação; **I**nteresse; e **C**ontexto (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2019). Aplicando esta estratégia, a estrutura mnemônica deste estudo consistiu em: (P) idosos com demência; (I) transição do cuidado; (Co) contexto hospitalar para domiciliar.

A questão norteadora foi: Quais as evidências disponíveis na literatura sobre a transição do cuidado hospitalar para o domiciliar de idosos com demência?

4.1.2 Amostragem ou busca na literatura dos estudos primários

Em novembro de 2020 foram implementadas as buscas sistematizadas e abrangente. Foram incluídos estudos primários que atenderam aos seguintes

critérios: população de idosos com diagnóstico de demência; conteúdo específico relacionado ao cuidado transicional; ênfase na descrição das estratégias; principais resultados da implementação do cuidado transicional; foco da transição do cuidado do contexto hospitalar para o domiciliar. Foram excluídas teses, dissertações, trabalhos publicados em anais de eventos científicos e editoriais.

Inicialmente, foi realizada uma busca exploratória no MEDLINE (via PUBMED) e no CINHALL (via OVID). Nesta etapa foram identificadas as palavras-chave contidas em títulos e resumos de estudos nesta área temática e os descritores controlados usados nessas publicações. Mediante o levantamento da lista de descritores controlados e não controlados definiu uma estratégia de busca para cada base de dados, considerando a terminologia padronizada no *Medical Subject Headings* (MESH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Elaborou-se um quadro contemplando os conceitos centrais relacionados à transição do cuidado de idosos com demência (Quadro 1).

Quadro 1. Descritores controlados e não controlados

CONCEITO	DESCRITORES			DEFINIÇÃO MeSH e DeCS
	MeSH*	DeCS** Português, Inglês e Espanhol	Palavras-chave	
Idoso	Aged (MeSH Terms); Aged, 80 and over (MeSH Terms)	Idoso Aged Anciano Idoso de 80 Anos ou mais Aged, 80 and over Anciano de 80 o más años	Idosos idosa Idosas Elderly Anciano	Pessoa de 65 a 79 anos de idade. Para uma pessoa com mais de 79 anos, IDOSO DE 80 ANOS OU MAIS está disponível. Pessoa de 80 anos de idade ou mais idosa.
Demência	Dementia (MeSH Terms) Alzheimer disease (MeSH Terms)	Demência Dementia Demencia Doença de Alzheimer Alzheimer Disease Enfermedad de Alzheimer	----	“Transtorno mental orgânico adquirido, com perda das habilidades intelectuais de severidade suficiente para interferir com o funcionamento social ou ocupacional. A disfunção é multifacetada e envolve a memória, comportamento, personalidade, julgamento, atenção, relações espaciais, linguagem, pensamento abstrato e outras funções executivas. O declínio intelectual normalmente é progressivo e inicialmente poupa o nível de consciência”.
Transição do cuidado hospitalar para domiciliar	“Transitional care” “Continuity of patient care” “Patient discharge”	Cuidado transicional Transitional Care Cuidado de Transición Continuidade da Assistência ao Paciente Continuity of Patient Care Continuidad de la Atención al Paciente	“Transitions of care” “Care transition” “transfer of patient care”	Assistência à saúde durante a transição para um tipo diferente de assistência. Assistência à saúde oferecida continuamente desde o contato inicial, seguindo o paciente durante todas as fases do atendimento.

		Alta do paciente (DeCS) Patient Discharge (DeCS) Alta del Paciente (DeCS)		
--	--	---	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras. * Medical Subject Headings ** Descritores em Ciências da Saúde. ***Definição padronizada no MeSH e DeCS

Foram acessadas virtualmente as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio da consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), acessada por meio do portal PUBMED; *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via Coleção Principal (Thomson Reuters), EMBASE via Portal de Periódicos CAPES e WEB OF SCIENCE.

A estratégia de busca foi realizada com terminologia padronizada e implementadas múltiplas combinações dos termos, por meio do emprego de operadores booleanos representados por AND (combinação restritiva) / OR (combinação aditiva) como por exemplo a busca realizada no Medline: (((((((dementia[MeSH Terms]) OR alzheimer disease[MeSH Terms]))) AND (((((transitional care[MeSH Terms]) OR "transitions of care") OR "care transition*") OR "patient discharge") OR "continuity of patient care"[MeSH Terms]) OR "transfer of patient care"))) AND (((((aged[MeSH Terms]) OR ((aged, 80 and over[MeSH Terms]))) OR elder or elderly) OR "old person") OR "old persons")))). Os resultados foram filtrados considerando-se: publicação nos últimos dez anos, nos idiomas inglês, português e espanhol.

O acesso a cada base de dados foi realizado processualmente. As publicações identificadas foram exportadas para o *software Endnote X 7.4*. Trata-se de um importante instrumento que possibilitou o agrupamento das informações de forma sistematizada e, assim, facilitou o acesso aos artigos e a leitura dos resumos. Todas as referências foram importadas para esse software, o que permitiu a organização dos dados e a identificação de artigos duplicados. Após excluídas as referências duplicadas, duas revisoras (autora principal e coorientadora) realizaram a leitura dos títulos e resumos e selecionaram de modo independente os estudos primários a serem incluídos.

No processo de leitura na íntegra foram realizadas as checagens das listas de referências dos estudos incluídos e decisão consensual entre os revisores sobre a inclusão do estudo, considerando a elegibilidade. Ao longo de todo esse processo, as discordâncias entre as revisoras foram discutidas e solucionadas de forma consensual não havendo necessidade de incluir o terceiro revisor.

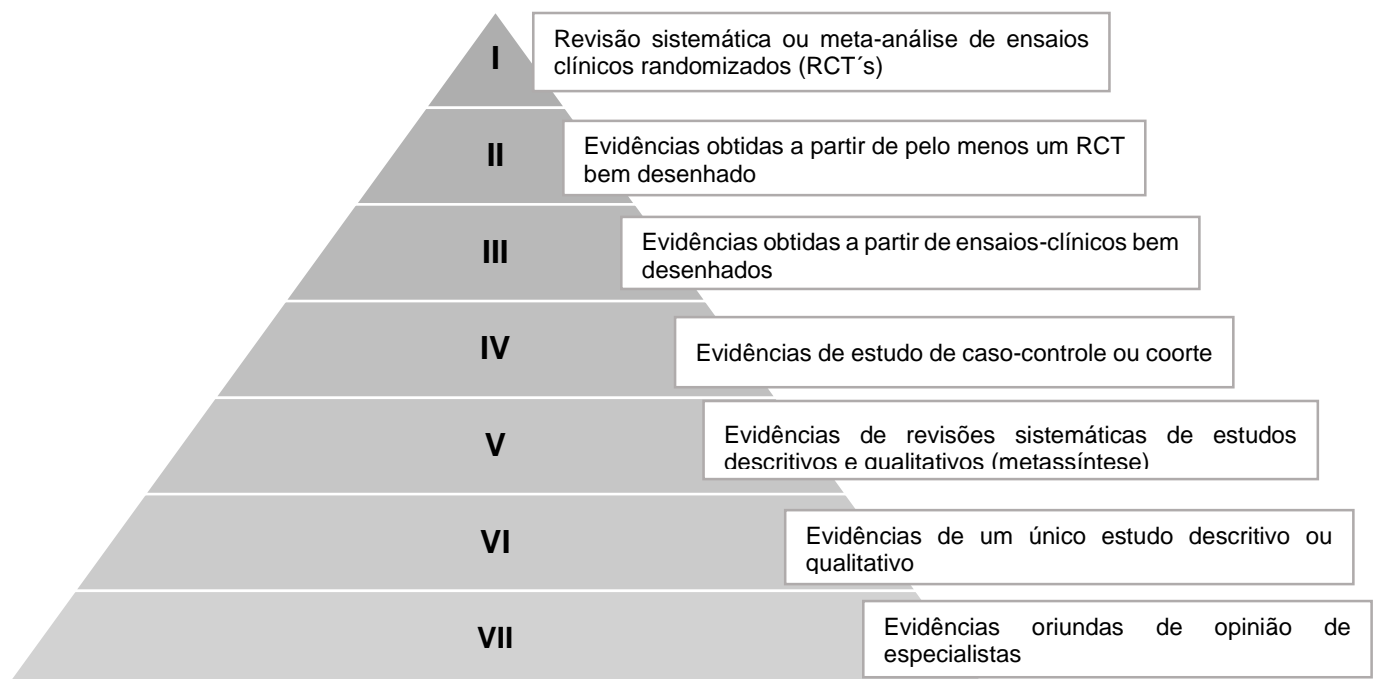
4.1.3 Extração e categorização dos dados

Nesta fase foram avaliados os estudos primários e extraídas as informações usando um formulário padronizado elaborado pelas autoras, validado por três revisores distintos, contemplando os seguintes aspectos: autor (es), título e tipo de estudo, descritor (es)/palavras-chave, objetivo, detalhamento do estudo, participantes/amostra, método, resultados, limitações, conclusão e nível de evidência (APÊNDICE A).

4.1.4 Avaliação dos estudos primários

Os estudos primários foram classificados segundo a hierarquia de evidências proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2019). Considerando que nesta RI o foco central foi a análise de artigos científicos que abordam as intervenções de cuidado transicional em idosos com demência, adotou-se a classificação do nível de evidências de questões clínicas sobre intervenções descritas na Figura 1.

Figura 1: Níveis de evidência para responder as questões clínicas sobre a eficácia das intervenções



Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt (2019)

Nesta etapa procedeu-se análise e a síntese dos dados foram realizadas na forma descritiva, possibilitando ao leitor a leitura da síntese de cada estudo primário incluso nesta RI. O quadro das sínteses foi construído com os seguintes dados: autor (es), título, tipo de estudo, ano, país de origem, descritor(es), objetivo, método, bases de dados, síntese dos resultados, limitações do estudo, conclusão, tipo de questão clínica e nível de evidência (APÊNDICES A-E).

4.1.5 Interpretação dos resultados

Todas as etapas percorridas nesta RI foram adotadas a fim de possibilitar ao leitor a compreensão sobre o objeto de estudo. Os dados interpretados foram extraídos através da síntese do conhecimento sobre a temática estudada, ou seja, a transição do cuidado de idosos com demência do contexto hospital para domiciliar contemplou: (a) sumarização, incluindo a numérica, resumo descritivo; (b) comunicação dos resultados e produção de achados referentes ao objetivo global ou à questão de pesquisa; (c) apresentação dos resultados e discussão sobre as implicações para futuras pesquisas, práticas clínicas e políticas.

4.1.6 Apresentação da revisão e síntese do conhecimento

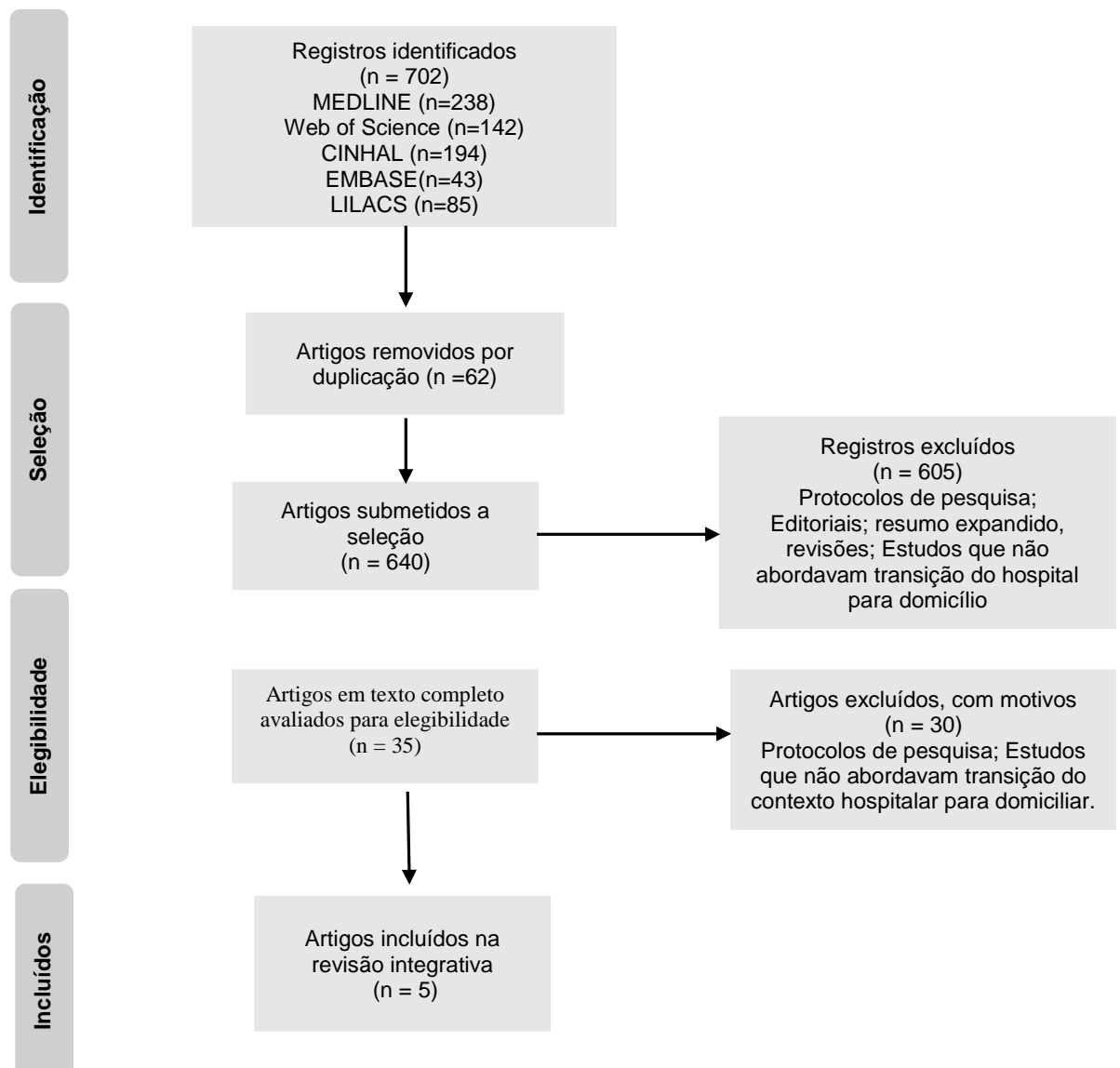
A RI fornecerá subsídios aos enfermeiros e à equipe multidisciplinar na implementação de intervenções direcionadas ao cuidado transicional de idosos com demência. Além disso, possibilitará a identificação de lacunas no conhecimento para o desenvolvimento de pesquisas futuras.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados da busca sistematizada

Nas bases de dados identificou-se um total de 702 estudos primários potencialmente elegíveis. Após a aplicação dos critérios de seleção, no total, foram excluídos: 62 estudos por se apresentarem duplicados nas bases de dados; 522 após leitura de títulos e resumos por não atenderem aos critérios de inclusão; 83 por serem métodos de revisão ou revisão tradicional de literatura; 30 foram excluídos após leitura na íntegra por não abordarem sobre a transição do cuidado hospitalar para domiciliar de idosos com demência. Assim, foram selecionados cinco estudos para compor a amostra da RI (Figura 2).

Figura 2: Diagrama PRISMA referente à elegibilidade dos estudos



Fonte: elaborado pelas autoras

5.2 Caracterização dos estudos primários elegíveis

Os estudos elegíveis foram publicados entre 2011 e 2020 e foram conduzidos nos seguintes países: Estados Unidos (dois artigos); Austrália (dois artigos); Canadá (um artigo). As abordagens metodológicas identificadas foram: um estudo com métodos mistos e quatro qualitativos. Grande parte dos estudos foram publicados em revistas temáticas específicas para cuidado transicional; quanto ao idioma todos eles são em inglês (Quadro 2).

Quanto ao fator de impacto dos periódicos: o periódico *Dementia*, o fator de impacto de 2019 - 2020 é 1.172; *Research in Social and Administrative Pharmacy*, o fator de impacto dos últimos 5 anos é 2.844; *Journal of gerontological nursing*, o fator de impacto do ano de 2019 é 1.016; *International Journal of Care Coordination*, o fator de impacto dos anos de 2019 - 2020 foi 0,806; e por último *World health & population*, o fator de impacto é 6.96.

Quadro 2: Caracterização dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, por meio de busca nas bases de dados, Goiânia, GO, Brasil, 2021

Nº	AUTORIA/TÍTULO/PERIÓDICO	ANO	IDIOMA	PAÍS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	BAUER, M. <i>et al.</i> How family carers view hospital discharge planning for the older person with a dementia. Dementia.	2011	Inglês	Austrália	VI
2	DEEKS, L. <i>et al.</i> Dementia, medication and transitions of care. Research in Social and Administrative Pharmacy	2015	Inglês	Austrália	VI
3	PRUSACZYK, B. <i>et al.</i> Differences in Transitional Care Provided to Patients With and Without Dementia. Journal of gerontological nursing.	2019	Inglês	Estados Unidos	VI
4	PRUSACZYK, <i>et al.</i> Understanding transitional care provided to older adults with and without dementia: a study of mixed methods. International Journal of Care Coordination.	2020	Inglês	Estados Unidos	VI
5	RITCHIE; K.; WOSKOSKY, A. D.; KIPPING, S. Mending the Cracks: A Case Study in Using Technology to Assist with Transitional Care for Persons with Dementia. World health & population	2017	Inglês	Canadá	VI

Fonte: elaborado pelas autoras

O Quadro 3 apresenta as sínteses dos estudos que compuseram a presente revisão integrativa com as seguintes informações: número do artigo, objetivo, método, resultados e implicações para a transição do cuidado.

De modo geral, observa-se nos estudos que compõem esta RI que há similaridade entre as intervenções de cuidado transicional nos países. As mais citadas foram: o uso da tecnologia como uma excelente ferramenta nos serviços de saúde; uso do prontuário eletrônico; plano de cuidado individualizado com associação de instrumentos diários da assistência hospitalar; educação permanente em saúde; aprimoramento da comunicação entre a equipe multiprofissional, cuidadores/familiares; monitoramento após a alta hospitalar; e o principal, inserção do paciente e o cuidador/familiar no planejamento de alta (BAUER *et al.*, 2011; DEEKS *et al.*, 2016; PRUSACZKY *et al.*, 2019; PRUSACZKY *et al.*, 2020; RITCHIE; WOSKOSKY; KIPPING, 2017).

Quadro 3: Sínteses dos estudos primários incluídos na revisão integrativa, quanto ao objetivo, método, principais resultados e implicações para a transição do cuidado do contexto hospitalar para domiciliar de idosos com demência

Nº	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	IMPLICAÇÕES PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO
1	<p>Explorar se cuidadores familiares responsáveis pelo cuidado de idosos com demência recebem, como parte do processo de planejamento de alta hospitalar, suporte físico e psicossocial que eles precisam para continuar em seu papel de cuidadores após a alta.</p> <p>Descrever as percepções dos cuidadores familiares sobre planejamento e preparo para alta hospitalar.</p>	Estudo descritivo qualitativo	<p>Para 25 familiares cuidadores de idosos com demência atendidos em um hospital australiano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O planejamento e preparo para alta hospitalar foi realizado de modo assistemático e sem planejamento aparente; • Não receberam informações relacionadas ao seu papel de cuidadores após alta; • O diálogo com enfermeiras e outros profissionais acerca das necessidades de cuidados após alta foi aquém do que eles precisavam; • O atendimento recebido não atendeu às expectativas das famílias, com envolvimento limitado no planejamento dos cuidados hospitalares e pós-alta. 	<p>Hospitais têm responsabilidade de realizar a alta hospitalar com estratégias que garantam o preparo dos cuidadores familiares para continuidade do cuidado.</p> <p>Planejamento da alta ineficaz e que precisa ser ajustado às necessidades do paciente e cuidadores familiares.</p> <p>Profissionais de saúde muitas vezes não reconhecem que os próprios cuidadores familiares tem idade avançada e estão vulneráveis ao estresse e sobrecarga dos cuidados domiciliares.</p> <p>A comunicação e compartilhamento de informações entre profissionais e familiares é ineficaz.</p>
2	Explorar os processos medicamentosos durante os cuidados agudos e os cuidados de transição de pessoas com demência e fazer recomendações para melhorar o cuidado deste paciente.	Estudo descritivo qualitativo	<p>Participaram 51 <i>stakeholders</i>, entre esses cuidadores familiares, médicos, enfermeiras, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e médicos da atenção primária e especialistas nesta área.</p> <p>Verificou-se que o gerenciamento dos medicamentos de pacientes com demência é aquém do esperado. Falta de um protocolo sistemático para a reconciliação medicamentosa.</p> <p>Processo de comunicação ineficaz com déficits no gerenciamento das informações do paciente entre os diferentes níveis de cuidado e os cuidadores familiares</p>	<p>O cuidado transicional com emprego da reconciliação medicamentosa de idosos com demência pressupõe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A governança clínica pelo cuidado; • Maior envolvimento dos farmacêuticos nos cuidados e transições; • Planejamento modificado para transições de cuidados para indivíduos com mais de 80 anos; • Registros eletrônicos coordenados; comunicação estruturada; e treinamento de pessoal.

Nº	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	IMPLICAÇÕES PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO
			<p>Lacunas no processo de reconciliação medicamentosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para reconciliação medicamentosa – cuidadores podem não estar presentes no momento da admissão e não trazerem as medicações em uso pelo paciente. • Subutilização da tecnologia da informação; vários prescritores; • Importância do farmacêutico hospitalar como parte da equipe multiprofissional para o planejamento de alta 	<p>Recomendações para melhorar o gerenciamento de medicamento nas transições em casos de demência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso à equipe apropriada; • Identificação de Demência; • Auxiliares de administração de dose; e treinamento de pessoal.
3	<p>Caracterizar e comparar os cuidados prestados a idosos com e sem demência, durante a transição hospitalar para domiciliar.</p>	<p>Estudo descritivo qualitativo</p>	<p>210 idosos hospitalizados; 126 com demência, tiveram mais chance de precisar de cadeira de rodas e residir em uma instituição de longa permanência, ou receber alta com necessidade de acompanhamento em centros de reabilitação.</p> <p>Mais da metade dos pacientes com demência tomavam medicamento para melhorar a cognição; 71,4% tinham demência moderada a severa.</p> <p>Pacientes com demência receberam menos intervenções educativas relacionadas aos medicamentos, diagnósticos, acompanhamento, necessidades, quem contatar após a alta, medicamento em uso após a alta e prováveis sintomas após a alta. Eles tinham menor capacidade para compreender as orientações do que os paciente sem demência.</p> <p>Para todos os pacientes a reconciliação medicamentosa foi implementada durante a hospitalização e as mudanças foram comunicadas ao paciente ou sua família.</p>	<p>A necessidade de educação dos paciente independente do local para onde irão após a alta.</p> <p>Usar comunicação assertiva, centrada nas necessidades dos idosos, sem a pressuposição do não entendimento, ao contrário, com objetivo de que idosos, especialmente em casos de demência com informações claras, objetivas e repetindo as informações básicas proporcional consigam realizar pequenas tarefas e reconheçam pistas para a tarefa, com reforço assertivo.</p> <p>Envio do sumário de alta para o médico da atenção primária. Quando o sumário não é compartilhado com médicos de atenção primária existirá sempre a preocupação com a segurança do paciente após a alta.</p>

Nº	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	IMPLICAÇÕES PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO
			Menos de 30% tinham o sumário de alta documentado e enviado para o médico da atenção primária.	
4	Compreender as ações do processo de cuidado transicional de idosos com e sem demência	Estudo misto explanatório multifásico	<p>Foram revisados 210 prontuários clínicos de 126 pacientes com demência e 84 com demência, avaliando o processo de implementação do cuidado transicional considerado o modelo de 10 passos de Burke e colaboradores (2013):</p> <p>1) Planejamento da alta; 2) Comunicação completa de informações; 3) Disponibilidade, prontidão, clareza e organização da informação; 4) Medicação com segurança; 5) Educação do paciente para a promoção do autogerenciamento; 6) Listagem do suporte social e comunitário; 7) Planejamento do cuidado avançado; 8) Coordenação do cuidado; 9) Monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta; 10) Seguimento ambulatorial.</p> <p>Para os pacientes com demência em termos a implementação do cuidado transicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planejamento da alta realizado por gestores de caso (96%) e assistentes sociais (78,4%). <p>Coordenação do cuidado para o atendimento após a alta hospitalar - gestores de caso (46,9%) e assistentes sociais (69,03%). Esses profissionais foram responsáveis por discutir e orientar acerca do apoio social ou comunitário.</p> <ul style="list-style-type: none"> Planejamento de cuidado avançado – gestor de caso (20%) e assistentes sociais (97,14%). <p>Enfermeiros foram responsáveis por medicamentos (95,24% dos pacientes); educação do paciente com ênfase no autogerenciamento (09,21% dos</p>	<p>O cuidado transicional de idosos com demência envolve ações de uma equipe multiprofissional que assume distintos papéis neste processo.</p> <p>O cuidado transicional envolve o papel de gestores de caso, assistentes sociais, enfermeiros e médicos.</p> <p>Gestores de caso e assistentes sociais = Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde, planejamento de alta, suporte social e comunitário e coordenação do cuidado com a atenção primária.</p> <p>Médicos, enfermeiros responsáveis pelo atendimento clínico, como reconciliação de medicamentos e educação dos pacientes sobre seu diagnóstico e sintomas. Ações de monitoramento e gerenciamento de sintomas após alta.</p> <p>A inserção de enfermeiros de prática avançada nas equipes para que assumam a responsabilidade de realizar reconciliação medicamentosa, planejamento de alta e comunicação das informações na rede de atenção à saúde. Isso evita a sobrecarga da equipe de Enfermagem e amplia a possibilidade efetiva de implementação do cuidado transicional para idosos com e sem demência.</p>

Nº	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	IMPLICAÇÕES PARA A TRANSIÇÃO DO CUIDADO
			<p>pacientes), e monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta (90,40% dos pacientes).</p> <p>Médicos foram responsáveis pela comunicação completa de informações (100% dos pacientes) e garantiram a Disponibilidade, prontidão, clareza e organização da informação (100% dos pacientes).</p> <p>Verificou-se que os médicos e enfermeiros foram menos propensos a fornecer esta ação de cuidado transicional para pacientes com demência comparada aos pacientes sem demência.</p> <p>Assistentes sociais eram mais propensos a se envolverem em duas ações transitórias de cuidado para pacientes com demência em comparação com pacientes sem: planejamento de alta e assegurar a coordenação do cuidado fora do hospital.</p>	
5	Elaborar um plano de cuidado específico para pacientes com demência pela equipe multiprofissional	Estudo de caso	<p>Foram revisados 23 prontuários eletrônicos de uma unidade geriátrica de pacientes com demência.</p> <p>Os pesquisadores desenvolveram um plano de cuidados para idosos com demência “My Dementia Careplan” a fim de melhorar a comunicação entre a rede de saúde.</p> <p>O plano descreve estratégias para gerenciar desafios comportamentais e monitorar os aspectos clínicos destes pacientes, durante a transição de cuidados entre hospital e domicílio.</p> <p>Foi elaborado através de 9 domínios: minhas necessidades comportamentais; meus problemas de saúde física; minhas necessidades de risco; minhas necessidades de atividades de vida diária (ADL); minha qualidade de vida/risco; a necessidade do meu cuidador; minha transição para o status de comunidade; plano de cuidados; plano de cuidados atualizado.</p>	<p>O plano de cuidados específicos para idosos com demência contribui no gerenciamento e autogerenciamento do cuidado, tanto pelo paciente como pelos familiares e cuidadores.</p> <p>Acompanhamento dos aspectos clínicos do paciente após alta hospitalar pelos profissionais de saúde.</p> <p>Comunicação e integração entre a rede de saúde.</p> <p>Uso da tecnologia (prontuário eletrônico) como um excelente meio de comunicação, a individualização do cuidado e a melhoria da qualidade da assistência prestada entre os serviços de saúde.</p>

Fonte: elaborado pelas autoras.

6 DISCUSSÃO

Esta RI apresenta uma perspectiva global das evidências científicas acerca da transição do cuidado de idosos com demência do contexto hospitalar para o domiciliar. Verificou-se que apesar da relevância da temática, em face à complexidade da demência e seu impacto na vida de idosos e cuidadores familiares, essas evidências ainda são escassas nesta área temática.

Estados Unidos, Austrália e Canadá já demonstram a incorporação de intervenções de cuidado transicional no contexto hospitalar, assim como a participação de equipes multiprofissionais preparadas para esse tipo de intervenção (BAUER *et al.*, 2011; DEEKS *et al.*, 2016; PRUSACZKY *et al.*, 2019; PRUSACZKY *et al.*, 2020; RITCHIE, WOSKOSKY, KIPPING, 2017).

As principais ações de cuidado transicional avaliadas nos estudos foram o planejamento da alta, a reconciliação medicamentosa, a educação do paciente e cuidadores familiares, o preenchimento do sumário de alta e comunicação dos profissionais de atenção primária.

Os estudos destacaram a importância de flexibilidade e variação do tempo destinado às intervenções pelos profissionais de saúde, de acordo com o plano individualizado de cuidados e o grau de comprometimento do paciente com demência. Observou-se também que a inclusão do cuidador em todas as etapas do processo, em especial no seguimento, para monitoramento e gerenciamento dos cuidados após a alta é extremamente necessário (BAUER *et al.*, 2011; DEEKS *et al.*, 2016; PRUSACZKY *et al.*, 2019; PRUSACZKY *et al.*, 2020).

A experiência vivenciada por cuidadores familiares na hospitalização foi negativa especialmente quando se tratava de idosos com demência. Bauer *et al.* (2011), descreveram que a maioria dos cuidadores informais relataram que o processo de alta não era planejado pela equipe multiprofissional e não havia comunicação efetiva entre os profissionais, pacientes e cuidadores, não participavam do processo de hospitalização e após a alta não eram acompanhados pela equipe do hospital.

Esses mesmos pesquisadores apontaram que, embora a demência seja um importante problema de saúde pública, os cuidadores familiares mencionaram ansiedade e insegurança no processo de alta em decorrência da falta de informação e acompanhamento durante a hospitalização e após alta (BAUER *et al.*, 2011).

A falta de um planejamento sistemático da alta hospitalar destes pacientes se caracteriza como um sério problema de saúde. Muitas das readmissões hospitalares de idosos, principalmente com demência, ocorrem devido às falhas nas comunicações, bem como no planejamento de alta. Nota-se que é imprescindível identificar intervenções facilitadoras para execução dos cuidados de transição, a fim de evitar as reinternações.

Outro aspecto dificultador das transições para esses idosos com demência são as demandas decorrentes da necessidade do gerenciamento da polifarmácia. Mais da metade dos pacientes com demência tomavam medicamento para melhorar a cognição; 71,4% tinham demência moderada a severa (PRUSACZYK *et al.*, 2019).

Para Prusaczyk *et al.* (2019), o cuidado transicional entre idosos com demência, quando comparados com os sem demência, não recebe o planejamento de alta adequado, informações sobre os medicamentos em uso e não são acompanhados após a alta. Portanto, observa-se que há uma maior probabilidade de reinternações hospitalares por parte destes pacientes.

Um importante aspecto apontado foi o fato de que os enfermeiros são os principais responsáveis pelo planejamento de alta, porém não são responsáveis em avaliar o grau de comprometimento dos pacientes com demência. Este pode ser um dificultador para o planejamento de alta e na transição do cuidado (PRUSACZYK *et al.*, 2019).

A elaboração do planejamento de alta e transferência das informações foi amplamente discutida nos estudos e entre as ações recomendam-se: educação permanente em saúde, reunião de alta para revisão das informações contidas nos planos de cuidado, juntamente com o paciente e o cuidador familiar, registros fidedignos de informações em prontuário eletrônico e preenchimento de documento de transferência de responsabilidade do paciente pelos profissionais que darão continuidade ao seu cuidado (DEEKS *et al.*, 2016; RITCHIE, WOSKOSKY, KIPPING, 2017).

O planejamento da alta hospitalar foi descrito em todos os estudos como estratégia central que deve ser incluída na rotina do hospital, principalmente de pacientes idosos com demência, devido às necessidades específicas de cuidado. Para isso, destacaram a importância da atuação multiprofissional, com ações educativas e comunicação assertiva com o cuidador familiar. Portanto, é fundamental

envolver o paciente e, principalmente, o cuidador familiar para que a transição de cuidados seja efetiva e realizada de forma segura e autônoma no domicílio.

A comunicação entre a equipe e os cuidadores/familiares necessita de aprimoramento, há uma enorme necessidade que a alta seja planejada e as informações sejam repassadas com exatidão, a fim de melhorar a assistência aos pacientes.

A comunicação pode contribuir para potencialização do cuidador/familiar na execução do cuidado. No Canadá, 6.876 idosos acima de 65 anos diagnosticados com demência entre 2001 e 2002 obtiveram um aumento significativo no número de transições de cuidados. Principalmente durante o primeiro ano do diagnóstico de demência, evidenciou-se que 17% dos idosos experimentou três ou mais transições, sendo a maioria destas transições para o contexto hospitalar. Mais de 60% dos idosos foram hospitalizados no ano em que receberam seu diagnóstico e estas internações geralmente duraram longos períodos. O excesso nas transições no ano do diagnóstico, momento este em que o idoso ainda está no processo de aceitação do seu estado atual, pode ser um fator angustiante (SIVANANTHAN; MCGRAIL, 2016).

A transição de cuidados de forma coordenada e planejada, por meio de intervenções facilitadoras, diminui os índices de reinternações de idosos com demência. Embora algumas reinternações certamente são necessárias. Porém, quando ocasionadas de forma indesejada ou desnecessária, elevam os riscos de deterioração cognitiva, trauma e até mesmo mortalidade que por diversas vezes se dá pelas falhas na comunicação entre a equipe/idosos e cuidadores/familiares (SIVANANTHAN; MCGRAIL, 2016).

Um estudo desenvolvido por Tappen *et al.* (1997) revelou que existem diversas maneiras de comunicar-se com idosos com demência. Observou-se que não houve diferença significativa na compreensão das informações, quando utilizado estratégias que abordassem perguntas (fechada, aberta, múltipla escolha).

Algumas estratégias comunicativas foram ressaltadas como ações facilitadoras no gerenciamento do comportamento: redução ou ajustes à estimulação ambiental para eliminar agitação; evitar técnicas de orientação à realidade; proporcionar apoio verbal e não verbal (RICHTER; ROBERTO; BOTTENBERG, 1995).

No Canadá, em um grande hospital de referência para atendimentos de pacientes com demência, foi incorporado na rotina da prática clínica um planejamento de alta individualizado. Para iniciar o planejamento é realizada uma reunião com

cuidadores/familiares, a fim de capturar informações relevantes do paciente e potencializá-los na colaboração do plano de cuidados. Portanto, o processo de transição é iniciado na admissão com uma reunião (telefone ou presencial) agendada para começar a planejar a alta. Outra reunião é marcada entre uma e duas semanas antes da alta, com o paciente, família e equipe multiprofissional (RITCHIE; WOSKOSKY; KIPPING, 2019).

A literatura reforça que a Enfermagem e o assistente social possuem papéis importantíssimos na transição de cuidados. Porém, neste local de estudo foi observado que toda a equipe multidisciplinar estava envolvida na transição de cuidados, mas alguns se destacavam na grande maioria das vezes.

Observa-se que há uma urgência na padronização do planejamento de alta, pois há padrões distintos entre um profissional e outro. Isso contribui para ineficácia das intervenções. Portanto, os planejamentos de altas devem ser inseridos na rotina da prática clínica, em todos os níveis de saúde.

Para Ritchie, Woskosky e Kipping (2017), este estudo descreve o desenvolvimento de um plano de cuidados específicos para pacientes com demência. O plano visa melhorar a transição de cuidado do hospital para a comunidade. Melhorar a comunicação entre os níveis de saúde é extremamente necessário, principalmente de pacientes com demência, o plano de cuidados contribuirá positivamente nesta comunicação. O desenvolvimento do plano de cuidados individualizados “*My dementia Careplan*” possibilitou a inserção do paciente e familiares no processo do cuidar, tornando-os protagonistas neste processo. O cuidado centrado na pessoa melhora a qualidade da assistência, possibilita melhor gestão do cuidado tanto na autogestão realizada por pacientes, quanto para cuidadores, familiares e profissionais. O uso das tecnologias no âmbito hospitalar é um fator que pode contribuir para a eficácia do planejamento de alta e no processo de transição de cuidado.

Verificou-se que o planejamento integrado e individualizado da alta proporciona resultados positivos no que se refere à redução das taxas de reinternações hospitalares, quando as intervenções foram aplicadas no contexto hospitalar. Trata-se, portanto, de uma intervenção eficaz, passível de ser aplicada em outras comorbidades, que melhora o preparo de cuidadores e a percepção que têm em relação às suas necessidades concorrentes (DEEKS *et al.*, 2016; BAUER *et al.*, 2011; PRUSACZKY *et al.*, 2019; RITCHIE, WOSKOSKY, KIPPING, 2017).

Uma outra estratégia para o planejamento integrado, e o acompanhamento destes pacientes por meio de ligações telefônicas contribui para a diminuição dos impactos financeiros para o sistema de saúde (RITCHIE; WOSKOSKY; KIPPING, 2017).

Segundo Johnson *et al.* (2008), o planejamento de alta individualizado reforça a dignidade e o respeito humano. É necessário que haja um comprometimento dos profissionais no repasse das informações ao paciente e demais envolvidos. O gerenciamento do cuidado deve ser efetivado desde a sua inserção no serviço de saúde.

Tal inserção possibilita o desenvolvimento de autonomia do paciente e cuidador/familiar no gerenciamento do cuidado. O desenvolvimento de uma relação de respeito, confiança e empatia com os profissionais de saúde evidencia uma maior adesão ao tratamento e melhores resultados (BODENHEIMER; GRUMBACH; WAGNER, 2002).

Outra importante ação descrita foi o gerenciamento dos medicamentos, com implementação da reconciliação medicamentosa (DEEKS *et al.*, 2016; PRUSACZYK *et al.*, 2019). Destacou-se a importância da participação dos farmacêuticos no processo de planejamento da alta, com ações desde a admissão, especialmente no sentido de adequar as prescrições, reconciliar e orientar pacientes e cuidadores a esse respeito (DEEKS *et al.*, 2016).

As falhas na reconciliação dos medicamentos no momento da alta hospitalar, segundo Forster *et al.* (2005), contribuem para a ocorrência de danos e riscos para transição do cuidado efetiva. Portanto, há necessidade de melhorias nesse processo. Vários estudos sugerem a participação de farmacêuticos clínicos e uso de sistemas informatizados para garantir a qualidade e precisão das informações sobre a reconciliação medicamentosa transmitida na alta hospitalar.

Isso reforça a necessidade de um planejamento de alta e o acompanhamento dos pacientes com demência na transição do cuidado, a fim de reduzir eventos adversos ocasionados a não conciliação medicamentosa.

Como estratégia para melhorar o acompanhamento após a alta e efetivar as informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde a literatura sugere o uso das tecnologias, tais como: sistemas informatizados e telemedicina (FORSTER *et al.*, 2005; RITCHIE; WOSKOSKY; KIPPING, 2017).

Em termos do monitoramento e acompanhamento de sintomas e da condição clínica após a alta, um programa telefônico para monitoramento e rastreamento dos pacientes desenvolvido por Kind *et al.* (2012), contribuiu para a transição de cuidados e diminuiu os índices de reinternações.

Em um Hospital em Madison-EUA foi implantado um programa tecnológico de monitoramento, C-TraC. O programa apresentou resultados satisfatórios e é um excelente custo-benefício, contribuiu para uma melhoria da qualidade da assistência e diminuiu a necessidade constante da procura pelo serviço hospitalar. O enfermeiro é o principal desenvolvedor deste monitoramento, que deve ser realizado entre 48 a 72 horas. Por meio do C-TraC, a equipe pode acompanhar os pacientes de diversas regiões de Madison e garantiu uma melhor transição de cuidados para o contexto domiciliar. A transição de cuidados antes ofertada pelo serviço de saúde não era totalmente eficiente devido a equipe não conseguir monitorar o paciente fora do ambiente hospitalar (KIND *et al.*, 2012).

Em um estudo de natureza exploratória e descritiva, Flesh e Araújo (2014) confirmam que é imprescindível compreender o impacto positivo da transição do cuidado hospitalar para o domiciliar geral na saúde dos pacientes, principalmente para idosos. Evidentemente, para que essa transição seja totalmente eficaz é necessário acompanhamento das ações por parte dos profissionais de diversas categorias no ambiente hospitalar.

Um estudo brasileiro realizado em um hospital público identificou a atuação do enfermeiro assistencial que atua em unidades de internação clínica na transição do cuidado, observou-se que as atividades mais realizadas pelos enfermeiros no processo de transição do cuidado foram: educação em saúde para paciente, cuidador/familiar; cuidados com dispositivos médicos, administração de medicamentos e alimentação (ACOSTA *et al.*, 2018).

Portanto é imprescindível que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, consigam identificar as necessidades do paciente no domicílio e estabelecer estratégias para facilitar sua recuperação, afim de evitar-se readmissões desnecessárias.

Verificou-se, como limitação desta RI, que mesmo após uma busca ampla e robusta, poucos estudos foram incluídos, tal fator pode estar associado a poucos estudos nos últimos dez anos sobre a temática, muitos estudos descritivos de nível de evidência V.

Sabe-se que há necessidade de ampliar o escopo desta RI para anos anteriores e principalmente incluir a população em questão em estudos. Desenvolver ações futuras de transição do cuidado de idosos com demência se faz extremamente necessário. Realizar a integração entre o serviço de referência e contra referência dentro dos sistemas de saúde para a melhor comunicação entre os níveis de saúde.

Este estudo colabora no aprimoramento do olhar dos profissionais de saúde, gestores e demais envolvidos na transição do cuidado de idosos com demência. Sugere-se o desenvolvimento de pesquisas de intervenção que abordem sobre a transição de cuidados de idosos com demência.

Em síntese, as principais implicações para o aprimoramento do cuidado transicional de idosos com demência descritos nos estudos revisados e que apontam caminhos para promover o cuidado transicional seguro são a comunicação contínua e eficaz entre família, profissionais de saúde e serviços de saúde comunitários; uma abordagem colaborativa e multidisciplinar para o planejamento de alta; incorporar às equipes de saúde o gestor de caso para garantir que todas as etapas do plano de alta sejam cumpridas; iniciar o plano de alta na admissão, ou mesmo antes dela; consultar e compartilhar informações com o paciente e cuidador familiar durante todo o processo de planejamento; garantir que as informações sejam comunicadas em todos os níveis de atenção à saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa RI foi possível identificar que o cuidado transicional no ambiente hospitalar para pacientes idosos com demência é extremamente urgente, pois diminui as reinternações desnecessárias e otimiza o processo saúde- doença dos pacientes.

Os estudos sugerem a necessidade de que os profissionais se envolvam no planejamento e gerenciamento dos cuidados de transição. Além disso, apontam a importância da efetiva comunicação da equipe multiprofissional, a inserção do cuidador familiar neste contexto de maneira formal e participativa, acompanhamento após a alta hospitalar, elaboração de um planejamento de alta individualizado que englobe todos os aspectos necessários para continuidade do cuidado e a utilização das tecnologias como fator facilitador para o acompanhamento de todos os níveis de saúde.

Observou-se que não houve estudo em âmbito nacional que abordasse essa temática. No Brasil a discussão sobre o cuidado transicional de idosos se encontra em construção, portanto se faz necessário que haja mais estudos no campo da geriatria e gerontologia, principalmente direcionados a demência na transição de cuidados.

O enfermeiro, na maioria das vezes, demonstrou ser o principal responsável pelo planejamento e execução da transição do cuidado, uma vez que é o profissional que está diretamente ligado no cuidado destes pacientes, desde a sua admissão; porém toda a equipe precisa estar envolvida. Orientações quanto ao estado nutricional, manuseios com dispositivos médicos, administração de medicamentos, higiene corporal e oral dentre outros são fatores são de extrema relevância para o cuidador/familiar, e por diversas vezes são fornecidos pelo enfermeiro.

A comunicação entre os diversos níveis de saúde é uma excelente estratégia de transição de cuidados, uma vez que o sistema de saúde é composto por uma rede integrada. É certo que cada país garante o acesso ao serviço de saúde de uma forma específica, mas entender sobre o processo saúde-doença do paciente é de extrema relevância para a eficácia do cuidado transicional.

A falta de conexão entre os níveis de saúde promove a desintegração entre os níveis e dificulta a continuidade do cuidado, contribuindo para resultados negativos do quadro clínico e reinternações hospitalares.

A transição do cuidado hospitalar para domiciliar, principalmente de idosos com demência, é uma temática que necessita ser explorada tanto nos países que já desenvolvem intervenções, quanto naqueles que ainda não possuem, pois, tais estratégias podem contribuir para a efetivação deste processo e promover melhores desfechos com o cuidado desse idoso.

Faz-se necessário o desenvolvimento de outras pesquisas afim de favorecer a compreensão acerca da transição do cuidado de idosos com demência do contexto hospitalar para domiciliar, principalmente desenvolvimento de estratégias e planejamento de alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3190-7, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231432>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Fatos e números sobre a doença de Alzheimer. **Alzheimers Dement (NY)**, Nova York, v. 15, p. 321-87, 2019. Disponível em: <https://www.alz.org/br/demencia-alzheimer-brasil.asp>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. **American Psychiatric Association**, Arlington, 2013. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 02 nov. 2020.
- ARORA, V. M. *et al.* Problems after discharge and understanding of communication with their primary care physicians among hospitalized seniors: a mixed methods study. **Journal of Hospital Medicine**, v. 5, n. 7, p. 385-91, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.668>. Acesso em: 26 set. 2020.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **People with Dementia in Hospitals in New South Wales**, Austrália, p. 46, 2006. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d5d780ed-3e0a-450f-b568-52009d9f7492/14436.pdf.aspx?inline=true>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- AVILA, F. J. A. *et al.* Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. **J Am Geriatr Soc**, v. 57, n. 3, p. 453-61, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02136.x>. Acesso em: 10 out. 2020.
- BANERJEE, T. K. *et al.* Epidemiology of dementia and its burden in the city of Kolkata, India. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 32, n. 6, p. 605-14, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gps.4499>. Acesso em: 28 jan. 2021.
- BAUER, M. *et al.* How family carers view hospital discharge planning for the older person with a dementia. **Dementia**, v. 10, n. 3, p. 317-23, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1471301211407790>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K.; WAGNER, E. H. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 1775-1779, 2002. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195368>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- BOYLE, P. A. *et al.* Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. **J Am Geriatr Soc**, v. 58, n. 2, p. 248-55, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02671.x>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRODATY, H.; DONKIN, M. Family caregivers of people with dementia. **Diálogos Clin Neurosci**, v. 11, n.2, p. 217-28, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19585957/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Home-based long-term care** (WHO – Technical report series, 898). Geneva, 2000. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf?sequence=1. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um glossário de termos para serviços de saúde comunitários para pessoas idosas**. Ministério da Saúde. Japão, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial União. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. **Caderno de Atenção Básica - Nº 19**. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444168/mod_resource/content/1/Envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Demência: uma prioridade de saúde pública**. Ministério da Saúde. Genebra, 2012. Disponível em: <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Demência uma emergência de Saúde Pública**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo - se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial União. Brasília, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial União. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**, 2017. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa->

idosa/dados-estatisticos/ DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf 3. Acesse em: 28 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Folha informativa - Envelhecimento e saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

BREITNER, J. C. Clinical genetics and genetic counselling in Alzheimer's disease. **Ann Intern Med**, v. 115, n. 8, p. 601-6, 1991. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-601>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-56, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a19.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CAMERON, J. I. *et al.* Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. **International Journal of Stroke**, v. 11, n. 7, p. 807-22, 2016. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016660102>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPITELLI, M. A. *et al.* The prevalence and health consequences of frailty in a population-based older home care cohort: a comparison of different measures. **BMC Geriatr**, v. 16, n. 1, p. 16-133, 2016. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0309-z?optIn=true>. Acesso em: 26 set. 2020.

CEREJEIRA, J.; LAGARTO, L.; LADINSKA, M. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. **Frontiers in Neurology**, v. 3, n. 73, p. 1-21, 2012. DOI: 10.1016/s0924-9338(00)94864-8

CHENOWETH, L.; KABLE, A.; POND, D. Research in Hospital Discharge Procedures Addresses Gaps in Care Continuity in the Community, but Leaves Gaping Holes for People with Dementia: A Review of the Literature. **Australasian Journal on Ageing**, v. 34, n. 1, p. 9-14, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12205>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COHEN, J. W.; COHEN, S. B.; BANTHIN, J. The Medical Expenditure Panel Survey. **Medical Care**, v. 47, n. 7, p. 44-50, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19536015/>. Acesso em: 10 out. 2020.

COLEMAN, E. A. Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 4, p. 549-55, 2003. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.7152&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 556-7, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657079/>. Acesso em: 26 set. 2020.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. **Medical care**, v. 43, n. 3, p. 246-55, 2005. Disponível em: doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15725981/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

COLEMAN, *et al.* The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 17, p. 1822-28, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/410933>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CUSTODIO, N. *et al.* Dementia in Latin America: epidemiological evidence and implications for public policy. **Frontiers in aging neuroscience**, v. 9, n. 221, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2017.00221/full>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CUMMINGS, E. *et al.* A Structured Evidence-Based Literature Review on Discharge, Referral and Admission. University of Tasmania, Australia: **Australian Commission on Safety and Quality in Health Care and NSW Health**, p. 252, 2010. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Discharge-admission-and-referral-literature-review-FINAL-5-October-2010.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

DADALTO, E. V.; CALVACANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 147-57, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v26n1/1413-8123-csc-26-01-147.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2021.

DEEKS, L. *et al.* Dementia, medication and transitions of care. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 12, n. 3, p. 450-60, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.07.002>. Acesso em: 02 jan. 2021.

DELOITTE ACCESS ECONOMICS. Dementia across Australia: 2011-2050. Canberra: **Alzheimer's Australia**. *Journal of Nursing Care Quality*, v. 30, n. 3, p. 233-39, Austrália, 2011. Disponível em doi: 10.1097/ncq.000000000000097. Acesso em: 27 set. 2020.

DIAS, M. B. *et al.* A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/239/Editorial>. Acesso em: 03 abr. 2021.

ERCOLE, F. F.; MELO, S. M.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista REME**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 1-260,

2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em: 24 ago. 2020.

FELDMAN, H. H. *et al.* Treatment with galantamine and time to nursing home placement in Alzheimer's disease patients with and without cerebrovascular disease. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 24, p. 479-88, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.2141>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FIRMO, J. O. A. *et al.* The Bambui Health and Aging Study (BHAS): fatores associados ao tratamento da hipertensão em idosos na comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 815-25, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15885.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

FLESCHE, L. D.; ARAÚJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estud Psicol**, v. 19, n. 3, p. 227-36, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n3/08.pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

FORTINSKY, R. H.; DOWNS, M. Optimizing Person-Centered Transitions in the Dementia Journey: A Comparison of National Dementia Strategies. **Health Affairs**, v. 33, n. 4, p. 566-73, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24711316/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

FORSTER, A. J. *et al.* Adverse drug events occurring following hospital discharge. **J Gen Intern Med**, v. 20, n. 4, p. 317-23, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1525-1497.2005.30390.x>. Acesso em: 19 abr. 2021.

GALIK, E.; STEFANACCI, R. Improving Care for Patients with Dementia: What to do before, during, and after a transition. **Caring for the ages**, v. 20, n. 8, p. 1-3, 2019. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1016/j.carage.2019.10.005>. Acesso em: 21 fev. 2021.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. *In*: BREVEDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **TCC-Trabalho de conclusão de curso**: guia prático para docentes e alunos da área de saúde, São Paulo, 2010. p. 105-126.

GARCIA, M. A. A. *et al.* Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 175-82, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000200005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 01 nov. 2020.

GONÇALVES-PEREIRA, M. *et al.* Needs for Care and Service Use in Dementia: baseline assessment of portuguese participants in the acticare cohort study. **Acta medica portuguesa**, v. 32, n. 5, p. 355-67, 2019. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11136>. Acesso em: 16 dez. 2021.

GROPPO, H. S. *et al.* Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. **Revista**

Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 543-51, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n4/v26n4a02.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2021.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ: British Medical Journal**, v. 327, n. 7425, p. 1219-21, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 16 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa**. 2017. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/brasil-amigo-da-pessoa-idosa/estrategia-1>. Acesso em: 13 mar. 2021.

JANUS, C.; WESTAWAY, D. Transgenic mouse models of Alzheimer's disease. **Physiol Behav**, v. 73, p. 873-86, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(01\)00524-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(01)00524-8). Acesso em: 11 jan. 2021.

JOHNSON, B. V. *et al.* **Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family Centered Care, 2008. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

KABLE, A.; CHENOWETH, L.; POND, D.; HULLICK, C. Health professional perspectives on systems failures in transitional care for patients with Dementia and their carers: A Qualitative Descriptive Study. **BMC Health Services Research**, Australia, v. 15, p. 567, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-015-1227-z>. Acesso em: 10 jan. 2021.

KAHLON, S. *et al.* Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. **Canadian Med Assoc J**, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527901/>. Acesso em: 11 out. 2020.

KIND, A. J. *et al.* Bouncing back: patterns and predictors of complicated transitions 30 days after hospitalization for acute ischemic stroke. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 3, p. 365-373, 2007. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2007.01091.x>. Acesso em: 12 fev. 2021.

KIND, A. J. *et al.* Low-Cost Transitional Care with Nurse Managers Making Mostly Phone Contact With Patients Cut Rehospitalization At A VA Hospital. **Health Affairs**, v. 31, n. 12, p 2659-68, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23213150/>. Acesso em: 21 mar. 2021.

LANNIN, N. A. *et al.* Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. **BioMed Central Health Services**

Research, v. 7, n. 42, p. 07-42, 2007. Disponível em: 10.1136 / bmjopen-2019-029523. Acesso em: 11 out. 2020.

LINDEBOOM, J.; WEINSTEIN, H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. **Eur J Pharmacol**, v. 490, n.1, p. 83-6, 2004. Disponível em: 10.1016 / j.ejphar.2004.02.046. Acesso em: 01 mar. 2021.

LOW, L. L. *et al.* Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 100, p. 1-8, 2015. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0750-2>. Acesso em: 11 out. 2020.

MAXWELL, C. J. *et al.* Impacto articular de demência e fragilidade em utilização de saúde e resultados: uma retrospectiva estudo de coorte de casa de longa permanência destinatários de cuidados. **BMJ Open**, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e029523>. Acesso em: 20 out. 2020.

MELNYK, M. B.; FINEOUT-OVERHOL, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice**, 4 th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins, 2019. 868p.

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/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**, São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 20 out. 2020.

MOGA, D. C.; ROBERTS, M.; JICHA, G. Dementia for the Primary Care Provider. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 44, n. 3, p. 439-56, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.005>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. *In*: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (orgs.). **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Rio de Janeiro (RJ): EAD/ENSP, 2008. p. 151-175. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

NAYLOR, M. D. Transitional care: a critical dimension of the home healthcare quality agenda. **Journal for Healthcare Quality**, v. 28, n. 1, p. 48-54, 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1945-1474.2006.tb00594.x>. Acesso em: 10 out. 2020.

NELSON, J. M.; PULLEY, A. M. Y. L. Transitional care can reduce hospital readmissions. **American Nurse Today**, v. 10, n. 4, 2015. Disponível em: <https://www.myamericannurse.com/transitional-care-can-reduce-hospital->

readmissions/#:~:text=Fewer%20than%2050%25%20of%20patients,year%20after%20the%20initial%20hospitalization. Acesso em: 10 dez. 2020.

NETTO, M. P. Introdução ao estudo do envelhecimento e a velhice. **Tratado de gerontologia**. 4. ed. 2016. p. 102-104.

NITRINNI, R. **Diagnóstico de Demência**. Avaliação clínica neuropsicológica e através de tomografia computadorizada por emissão de foto único, São Paulo, SP, 1993. 327 f. Tese (livre docência) - Faculdade de Medicina da USP- São Paulo, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. **OPAS**. Washington, 2003.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global da pessoa do idoso na estratégia de saúde da família. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 7, p. 45-6, 2004.

PIMENTA, F. A. P. *et al*. Chronic diseases, cognition, functional decline, and the Charlson index in elderly people with dementia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n. 4, p. 326-34, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n4/v59n4a10.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2021.

PRINCE, M. *et al*. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. **Alzheimer's & Dementia**, v. 9, n. 1, p. 63-75, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23305823/>. Acesso em: 10 out. 2020.

PRUSACZYK, B. *et al*. Differences in Transitional Care Provided to Patients with and Without Dementia. **Journal of gerontological nursing**, Louis, v. 45, n. 8, p. 15-22, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31211400/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PRUSACZYK, B. *et al*. Understanding transitional care provided to older adults with and without dementia: a study of mixed methods. **International Journal of Care Coordination**, Louis, v. 23, n. 1, p. 14-23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2053434520908122>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RICHTER, J. M.; ROBERTO, K. A.; BOTTENBERG, D. J. Communicating with persons with Alzheimer's disease: experiences of family and formal caregivers. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 9, n. 5, p. 279-85, 1995. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80047-6](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80047-6). Acesso em: 19 abr. 2021.

RITCHIE, K.; WOSKOSKY, A. D.; KIPPING, S. Mending the Cracks: A Case Study in Using Technology to Assist with Transitional Care for Persons with Dementia. **World health & population**, Ontario, v. 30, n. 3, p. 54-62, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29457768/>. Acesso em: 09 jan. 2021.

RUNGE, C.; GILHAM, J.; PEUT, A. Transitions in Care of People with Dementia. A Systematic Review of the Literature. (Report). **Australian Institute of Health and Welfare**, 2009. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f9535965-9c4b-4f9e-8226-b9a847a1c1ff/aihw-11074.pdf.aspx?inline=true>. Acesso em: 23 jan. 2021.

SELKOE, D. Alzheimer's disease: genes, proteins, and therapy. **Physiol Rev**, v. 81, n. 2, p. 741-66, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11274343/>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SIVANANTHAN, S. N.; MCGRAIL, K. M. Diagnóstico e interrupção: análise em nível de população, identificando pontos de atenção nos quais as transições são mais altas para pessoas com demência e fatores que contribuem para elas. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 3, p. 569-77, 2016. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.14033>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, p. 3-7, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a03.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Demência: uma prioridade de saúde pública, 2007. Disponível em: <https://sbgg.org.br/demencia-uma-prioridade-de-saude-publica/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

TAPPEN, R. M. *et al.* Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 11, n. 5, p. 249-56, 1997. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941797800155>. Acesso em: 19 abr. 2021.

TAYABAS, T. L. M.; PONCE, P. K. L.; IBARRA, H. L. E. Coordinated hospital-home care for kidney patients on hemodialysis from the perspective of nursing personnel. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 225-33, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00225.pdf. Acesso em: 25 out. 2020.

TORPY, J. J.; LYNM, C.; GLASS, R. M. Patient page. Dementia. **JAMA**, v. 19, n. 19, p. 23-30, 2008. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186839>. Acesso em: 26 set. 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v. 52, n. 5, p. 546-53. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 24 out. 2020.

WORD ALZHEIMER REPORT. Atitudes to dementia. **Alzheimer's Disease International**, 2019. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

ZHAO, Q.; TANG, X. C. Effects of huperzine A on an acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. **Eur J Pharmacol**, v. 455, n. 2, p. 101-7, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001429990202589X>. Acesso em: 10 out. 2020.

ZIAEIAN, B. *et al.* Medication Reconciliation Accuracy and Patient Understanding of Intended Medication Changes on Hospital Discharge. **J Gen Intern Med**, v. 27, n. 11, p. 513-20, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-012-2168-4>. Acesso em: 20 dez. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE SÍNTESE DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR(ES)/PALAVRAS-CHAVE, OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	
Título do estudo	
Tipo do estudo	
Descritor (es) palavras-chave	
Objetivo:	
Detalhamento do estudo	
Participantes/amostra	
Método do estudo	
Resultados	
Limitações do estudo	
Conclusão	
Nível de evidência	

Fonte: elaborado pelas autoras

APÊNDICE B – SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 01, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR (ES)/PALAVRAS-CHAVE(S), OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO 1	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	Bauer, Fitzgerald, Koch e King (2011)
Título do estudo	How family carers view hospital discharge planning for the older person with a dementia
Tipo do estudo	Qualitativo (x) Quantitativo () Misto ()
Descritor (es) palavras-chave (s)	Dementia, Discharge planning, Family, Hospital, Older person
Objetivo:	Explorar se cuidadores familiares responsáveis pelo cuidado de idosos com demência recebem, como parte do processo de planejamento de alta hospitalar, suporte físico e psicossocial que eles precisam para continuar em seu papel de cuidadores após a alta. Descrever as percepções dos cuidadores familiares sobre planejamento e preparo para alta hospitalar.
Detalhamento do estudo	Os participantes foram recrutados por meio de um panfleto explicando sobre a pesquisa, anexado nos murais dos hospitais. Foram questionados sobre sua experiência na preparação e execução da alta hospitalar, no período de seis semanas após o paciente receber alta do hospital.
Participantes/amostra	Vinte e cinco cuidadores e familiares de pessoas com demência.
Método do estudo	Estudo descritivo qualitativo
Resultados	<p>Os dados indicam que os cuidadores e familiares possuem necessidades especiais para lidar com pacientes com demência, porém o planejamento de alta pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde são ineficazes e precisam ser ajustado para que a continuidade no cuidado seja realizada de forma efetiva. Os cuidadores e familiares, na maioria de suas falas, relatam que não tiveram suporte hospitalar no momento da hospitalização, deixando-os bastante insatisfeitos e inseguros para o cuidado de um paciente com demência no âmbito domicilia. Relatam também que não tiveram informações importantes sobre o real estado de saúde durante o processo de internação do seu familiar e que tais fatores poderiam contribuir de forma negativa para o desempenhar o papel do cuidador.</p> <p>Em síntese: Para 25 familiares cuidadores de idoso com demência atendidos em um hospital australiano,</p> <ul style="list-style-type: none"> • O planejamento e preparo para alta hospitalar foi realizado de modo assistemático e sem planejamento aparente; • Não receberam informações relacionadas ao seu papel de cuidadores após alta; • O diálogo com enfermeiras e outros profissionais acerca das necessidades de cuidados após alta foi aquém do que eles precisavam;

	<ul style="list-style-type: none"> O atendimento recebido não atendeu às expectativas das famílias, com envolvimento limitado no planejamento dos cuidados hospitalares e pós-alta.
Limitações do estudo	Não se pode concluir que as opiniões expressas pelos vinte e cinco participantes neste estudo serão compartilhadas por outros cuidadores familiares de uma pessoa com demência que experimentou hospitalização. A consistência das opiniões expressas sobre o planejamento e execução de alta hospitalar sugere que as questões levantadas são de fato significativas e justifica uma consideração séria por parte dos administradores do hospital e da equipe de saúde.
Conclusão	Os profissionais de saúde do hospital, incluindo a equipe de enfermagem, devem estar cientes das necessidades de idosos com demência e seus cuidadores familiares. O planejamento da alta deve ser uma rotina e parte integrante dos cuidados de saúde do hospital. Contudo, as indicações desta pesquisa são que os hospitais ainda não perceberam as melhores práticas em relação à alta de idosos com demência e de suas famílias e que, em alguns casos, o planejamento de alta é considerado ineficaz.
Nível de evidência	VI

Fonte: elaborado pelas autoras

APÊNDICE C – SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 02, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR (ES)/PALAVRAS-CHAVE(S), OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO 2	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	Deeks <i>et al.</i> (2016)
Título do estudo	Dementia, medication and transitions of care
Tipo do estudo	Qualitativo (x) Quantitativo () Misto ()
Descritor (es)/palavras-chave (s)	Older people, Dementia, Pharmacy, Transitions of care, Medication
Objetivo:	Explorar os processos medicamentosos durante os cuidados agudos e os cuidados de transição de pessoas com demência e fazer recomendações para melhorar o cuidado deste paciente.
Detalhamento do estudo	O estudo foi conduzido por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade sobre tópicos relacionados a medicamentos e cuidados transitórios para pessoas com diagnóstico de demência. Após a assinatura do TCLE, as entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas na íntegra e as entrevistas por telefone foram realizadas e anotações durante a entrevista. As transcrições foram verificadas quanto à precisão pelos pesquisadores que realizaram, trabalharam independentemente em análise temática para reduzir qualquer viés.
Participantes/amostra	Os participantes do estudo foram cinquenta e um participantes (cuidadores, profissionais de saúde, equipe da <i>Alzheimer's Australia</i>) de Austrália urbana e rural. Quarenta e nove entrevistas foram de forma presencial e duas foram por meio de telefonema.
Método do estudo	Estudo descritivo qualitativo
Resultados	Os temas e subtemas identificados nos resultados do estudo foram: reconciliação medicamentosa; nenhum planejamento modificado para as transições de cuidados; subutilização da tecnologia da informação; vários prescritores; instalações residenciais de cuidados a idosos; revisões de medicamentos por farmacêuticos; acesso à equipe apropriada; identificação de demência; auxiliares de administração de dose; treinamento de pessoal. Observa-se que a reconciliação dos medicamentos de uso contínuo com as de uso hospitalar nem sempre é possível, pois os cuidadores e os pacientes esquecem devido a incapacidades de gerenciar o cuidado. Tais informações são bastante importantes para tomada de decisões por parte da equipe clínica. Sabe-se que erros na prescrição e na administração de medicamentos comprometem a segurança na transferência de cuidados. Alguns entrevistados apontam que o planejamento de altas nos hospitais públicos é complexo devido ao curto prazo de hospitalização, define também a importância do farmacêutico hospitalar como parte da equipe multiprofissional para o planejamento de alta e transição do cuidado hospitalar para domiciliar, mesmo que os pacientes não depositem no farmacêutico a mesma segurança que depositam nos médicos. Tal inserção contribui para a alta segura, cuidadores, familiares e pacientes se tornam protagonistas no cuidado.

	Verificou-se que o gerenciamento dos medicamentos de pacientes com demência é aquém do esperado. Falta de um protocolo sistemático para a reconciliação medicamentosa. Processo de comunicação ineficaz com déficits no gerenciamento das informações do paciente entre os diferentes níveis de cuidado e os cuidadores familiares.
Limitações do estudo	Este estudo qualitativo recrutou uma ampla gama de participantes de quatro regiões diferentes, incluindo grandes centros urbanos e rurais. Os resultados, no entanto, podem não ser generalizáveis porque, embora houvesse quatro locais, o estudo foi conduzido apenas em dois estados australianos, pode ter tido um viés de seleção, pois duas entrevistas foram realizadas via telefone devido à indisponibilidade dos participantes em comparecer presencialmente. As respostas podem ter sido afetadas devido às diferentes dinâmicas de comunicação entre o pesquisador e o participante. Dificuldade para reconciliação medicamentosa – cuidadores podem não estar presentes no momento da admissão e não trazerem as medicações em uso pelo paciente e subutilização da tecnologia da informação; vários prescritores.
Conclusão	Há espaço para melhorar a transição do cuidado, principalmente de pacientes com demência em uso de polifarmácia. Sugere-se que os farmacêuticos sejam rotineiramente envolvidos nas transições de cuidados, observa-se também a necessidade da atualização da prescrição automática de forma informatizada, onde todos os profissionais, em quaisquer níveis de saúde, tenham acesso às informações.
Nível de evidência	VI

Fonte: elaborado pelas autoras

APÊNDICE D – SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 03, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR (ES)/ PALAVRAS-CHAVE, OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO 3	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	Prusaczyk, Olsen, Carpenter e Proctor (2019)
Título do estudo	Differences in Transitional Care Provided to Patients with and Without Dementia
Tipo do estudo	Qualitativo (x) Quantitativo () Misto ()
Descritor (es)/palavras-chave (s)	
Objetivo:	Caracterizar e comparar os cuidados prestados a idosos com e sem demência, durante a transição hospitalar para domiciliar.
Detalhamento do estudo	Todos os dados do estudo foram coletados em um grande hospital universitário urbano em St. Louis, Missouri. Não restringimos nossa amostra com base em determinados diagnósticos ou sintomas ou a pacientes de uma unidade ou andar específico do hospital. Os únicos critérios usados para definir nossa amostra foram idade na alta, data da alta e tempo de internação. Após a coleta e análise de dados, procuramos avaliar a validade aparente da metodologia de revisão de prontuários para medir uma intervenção complexa, incluindo seus recursos de implementação.
Participantes/amostra	Idosos com 70 anos; 126 idosos com demência 84 idosos sem demência
Método do estudo	Estudo descritivo qualitativo
Resultados	<p>Quando comparados os dois grupos distintos, idosos com demência e sem demência: Idosos com demência eram mais prováveis ser afro-americanos, quando comparado com os idosos sem demência (45,2% vs. 25%, $p = 0,005$), idosos com demência possuíam maior probabilidade de necessitar de cadeiras de rodas (16,7% vs. 6%, $p = 0,022$), e mais propensos a viver em uma ILPI's (30,2% vs. 3,6%, $p < 0,0001$). Mais da metade (58,9%, $n = 73$) de pacientes com demência fazia uso de medicamentos específicos (Por exemplo: Galantamina, Donepezil, Memantina). Vinte e quatro (19%) pacientes com demência eram triados com o Montreal Cognitive, uma ferramenta de avaliação durante a hospitalização, e outros 28 (22%) foram examinados com o Short Blessed Test. Cerca de $\frac{3}{4}$ dos pacientes com demência tiveram depressão moderada a grave (71,4%, $n = 90$).</p> <p>Diferenças de cuidados transitórios</p> <p>Há várias diferenças na transição. Processos de atendimento foram anotados entre pacientes com e sem demência. Pacientes com demência recebiam poucas orientações sobre medicamentos hospitalares (77% vs. 100%; $p < 0,0001$). Entre pacientes que receberam orientações sobre seus medicamentos, pacientes com demência foram significativamente menos propensos a captar as informações (por avaliação do provedor) (43,7% vs. 79,8%; $p < 0,0001$), quando comparados com os</p>

	<p>sem demência. A diferença no cuidado transicional fornecido a pacientes com e sem demência pode ser devido aos pacientes com demência possuírem maior probabilidade de reinternação, quando comparado aos sem demência. Pacientes com demência receberam menos intervenções educativas relacionadas aos medicamentos, diagnósticos, acompanhamento e necessidades, quem contatar após a alta, medicamento em uso após a alta e prováveis sintomas após a alta. Eles tinham menor capacidade para compreender as orientações do que os pacientes sem demência.</p> <p>Para todos os pacientes a reconciliação medicamentosa foi implementada durante a hospitalização e as mudanças foram comunicadas ao paciente ou sua família.</p> <p>Menos de 30% tinham o sumário de alta documentado e enviados pra o médico da atenção primária.</p>
Limitações do estudo	<p>Existem várias limitações neste estudo. Notavelmente, como todos os estudos usando revisão de prontuários, os dados registrados não são suficientes, nota-se que algumas condutas eram fornecidas aos pacientes, mas não registrados no prontuário eletrônico.</p> <p>Os cuidados transitórios não foram relatados, o que torna uma limitação de dados para compor o estudo.</p>
Conclusão	<p>Há uma enorme evidência que demonstra que os cuidados de transição para pacientes com demência não são realizados. Sugere-se que pesquisadores deve incluir pacientes com demência em novos estudos de cuidados de transição e testar a eficácia das suas intervenções.</p>
Nível de evidência	VI

Fonte: elaborado pelas autoras.

APÊNDICE E – SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 04, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR (ES)/PALAVRAS-CHAVE, OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO 4	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	Prusaczyk, Fabbre, Howel e Proctor (2020)
Título do estudo	Understanding transitional care provided to older adults with and without dementia: a study of mixed methods.
Tipo do estudo	Qualitativo () Quantitativo () Misto (x)
Descritor (es)/palavras-chave (s)	Transitional care, dementia, professional role, social work, case management, nursing
Objetivo:	Compreender as ações do processo de cuidado transicional de idosos com e sem demência.
Detalhamento do estudo	A pesquisa ocorreu de janeiro a dezembro de 2015. Foi realizada uma revisão de prontuários de 126 pacientes com e 84 sem demência. O estudo foi dividido em duas fases distintas: primeira fase foram coletados os dados quantitativos e na segunda os dados qualitativos.
Participantes/amostra	Enfermeiros de prática avançada, assistente social e gestores de caso.
Método do estudo	Estudo misto explanatório multifásico
Resultados	<p>Foram revisados 210 prontuários clínicos de 126 pacientes com demência e 84 com demência, avaliando o processo de implementação do cuidado transicional considerado o modelo de 10 passos de Burke e colaboradores (2013).</p> <p>Um total de nove entrevistas breves e estruturadas foram conduzidas, os gerentes de caso e assistentes sociais foram os principais desenvolvedores de planejamento de alta. Os gerentes de caso forneceram planejamento para 98% dos pacientes e os assistentes sociais para 66% dos pacientes, os enfermeiros estavam envolvidos no planejamento de alta de 6% dos pacientes, médicos 3% e enfermeiros de prática avançada menos de 1% dos pacientes. Quanto à comunicação e o repasse de informações sobre a alta, os médicos estiveram envolvidos em 100% dos casos, enfermeiros 39% e os gerentes de caso 1% dos pacientes. Quanto ao envolvimento dos profissionais na dispensação dos medicamentos de forma segura, os médicos forneceram para 94% dos pacientes, enfermeiros 99%, enfermeiros de práticas avançadas 37% e farmacêuticos 7%. Quando comparado todos os profissionais em diversas ações como: orientações sobre medicamentos, diagnóstico, retorno médico, monitoramento de sinais e sintomas da demência, os enfermeiros foram os principais responsáveis, realizando para 100% dos pacientes. Os terapeutas ocupacionais foram os principais responsáveis em rastrear pacientes com demência.</p> <p>Os gerentes de caso e os assistentes sociais foram os profissionais que mais realizaram planejamento de alta de pacientes com demência e realizaram acompanhamentos após a alta.</p>

	<p>As principais diferenças encontradas entre os pacientes com e sem demência na ação de cuidado transicional foram em relação ao monitoramento e controle dos sintomas após a alta; para esta ação é realizada a educação ao paciente. Eles são questionados sobre quaisquer desafios que o paciente/cuidador possa ter no autocuidado. Médicos e enfermeiros de práticas avançadas foram significativamente menos propensos a fornecer cuidado transicional para pacientes com demência em comparação com pacientes sem demência.</p> <p>Todos os profissionais entrevistados concordaram que assistentes sociais e gerentes de caso eram os mais envolvidos no planejamento de alta e coordenação de altas do contexto hospitalar para domiciliar de pacientes com e sem demência: planejamento de alta e assegurar a coordenação do cuidado fora do hospital.</p>
Limitações do estudo	Uma grande limitação é por ser revisão de prontuário eletrônico, pois muitas vezes eles não são alimentados em sua totalidade.
Conclusão	Este estudo encontrou padrões distintos na prestação de cuidados transitórios, incluindo os papéis únicos que a enfermagem, o serviço social e a gestão de casos têm no processo. Além disso, descobriu-se que esses padrões diferem entre pacientes com e sem demência. Reforçam que as práticas de transição do cuidado eficiente melhoram os resultados futuros de todos os pacientes.
Nível de evidência	VI

Fonte: elaborado pelas autoras

APÊNDICE F – SÍNTESE DO ESTUDO PRIMÁRIO E 05, AUTOR (ES), TÍTULO E TIPO DE ESTUDO, DESCRITOR (ES)/PALAVRAS-CHAVE, OBJETIVO, DETALHAMENTO DO ESTUDO, PARTICIPANTES/AMOSTRA, MÉTODO, RESULTADOS, LIMITAÇÕES, CONCLUSÃO E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. GOIÂNIA – BRASIL / 2021.

ESTUDO 5	
VARIÁVEIS	SÍNTESE DA EXTRAÇÃO
Autor(es)	Ritchie, Duff-Woskosky e Kipping (2017)
Título do estudo	Mending the Cracks: A Case Study in Using Technology to Assist with Transitional Care for Persons with Dementia.
Tipo do estudo	Qualitativo (x) Quantitativo () Misto ()
Descritor (es)/palavras-chave (s)	
Objetivo:	Elaborar um plano de cuidado específico para pacientes com demência pela equipe multiprofissional.
Detalhamento do estudo	Revisão de 23 prontuários eletrônicos de uma unidade especializada no atendimento de pacientes com demência.
Participantes/amostra	Pacientes com demência, cuidadores, familiares e profissionais de saúde.
Método do estudo	Estudo de caso
Resultados	<p>Foi desenvolvido um plano de assistência para pacientes com demência “My Dementia Careplan”, através do prontuário eletrônico, a fim de melhorar a comunicação entre prestadores de cuidados de saúde. O “My dementia Careplan” foi elaborado a partir da perspectiva do paciente em colaboração com a família e a equipe multiprofissional. O plano descreve estratégias para gerenciar desafios comportamentais para monitorar objetivamente o progresso. Este planejamento contribuirá com a transição de cuidados entre hospital e comunidade.</p> <p>Para a elaboração do plano de cuidados específico para demência pela equipe multiprofissional:</p> <p>Primeiro foi elaborado o “meu plano de cuidados”, composto por 9 domínios: minhas necessidades comportamentais; meus problemas de saúde física; minhas necessidades de risco; minhas necessidades de atividades de vida diária (ADL); minha qualidade de vida/risco; a necessidade do meu cuidador; minha transição para o status de comunidade; plano de cuidados; plano de cuidados atualizado.</p> <p>As ferramentas de avaliação foram padronizadas de acordo com usual para pacientes com demência: Índice de Barthel (Atividades do dia a dia); PAINAD (Dor); Asfixia (Risco de asfixia); Queda (Risco de quedas); Escala de Braden (Risco de úlcera de pressão); Holden (Escala de comunicação); CAM (Rastreamento de delírio); Corneel (Depressão na demência); NPI-NH (Sintomas neuropsiquiátricos); Zarit (Fardo do cuidador).</p>

	<p>Através do prontuário era avaliado o plano de cuidado, que visa capacitar indivíduos com demência para identificar e participar ativamente de seu plano de cuidados. O plano de cuidados é revisado pela equipe de enfermagem a cada turno e entre equipe multiprofissional a cada 28 dias durante as educações permanentes pré-agendadas com pacientes. Ferramentas padronizadas e revisadas com base em evidências de confiabilidade, validade, viabilidade e a capacidade de reproduzir no prontuário eletrônico.</p> <p>O departamento de pesquisa elaborou um modelo de reunião familiar a fim de capturar informações relevantes da família e potencializá-los na colaboração do plano de cuidados e do tratamento de seus familiares. Portanto o processo de transição é iniciado na admissão com uma reunião (telefone ou presencial) agendada para começar a planejar a alta. Outra reunião é marcada 1 - 2 semanas antes da alta, com o paciente, família e equipe multiprofissional.</p>
Limitações do estudo	Como acontece com qualquer novo processo clínico, a gestão da mudança é vital componente, embora a equipe fosse engajada, no início do projeto e parte do processo de gestão da mudança, projetos concorrentes frequentemente impostos para aumentar as demandas de trabalho.
Conclusões	O estudo de caso possibilitou encontrar novas maneiras de atender as necessidades de idosos com demência, concretizaram que a tecnologia é um meio importante para facilitar a transição de cuidado. A implementação de novas práticas contribuirá para o processo de alta de pacientes com demência.
Nível de evidência	VI

Fonte: elaborado pelas autoras