

TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR PARA O DOMICÍLIO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Matheus Henrique de Paula (Universidade Estadual de Maringá)

Ana Paula dos Santos Serrano (Universidade Estadual de Maringá)

Mariana Santos Bincoletto (Universidade Estadual de Maringá)

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues (Universidade Estadual de

Maringá)

ra133238@uem.br

Resumo

Este trabalho relata a experiência de acadêmicos de Enfermagem da UEM na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar, por meio da disciplina extensionista “Transição do Cuidado e Assistência de Enfermagem”. Seis discentes participaram de quatro encontros quinzenais, envolvendo visita hospitalar, elaboração de plano de alta, visita domiciliar (VD) e apresentação final. Foram realizadas orientações à paciente e ao cuidador sobre cuidados pós-alta e seguimento com a Atenção Básica (AB). Na VD, identificaram-se condições como ambiente inadequado, uso incorreto de medicamentos, limitação funcional e sobrecarga do cuidador. Com base nesses achados, foram definidos diagnósticos de enfermagem (DE) que nortearam intervenções específicas. As ações foram formalizadas em carta técnica enviada à Unidade Básica de Saúde (UBS), reforçando a integração entre os níveis de atenção. A experiência evidenciou o papel do enfermeiro na coordenação do cuidado e contribuiu para a formação dos discentes, fortalecendo competências técnicas, éticas e humanizadas.

Palavras-chave: Transição para a assistência do adulto; Enfermagem; Continuidade do cuidado; Desospitalização.

1. Introdução

O processo de transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção à saúde representa um desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional e da complexidade clínica apresentada pelos idosos. A alta hospitalar não deve ser compreendida como o encerramento do cuidado, mas como uma etapa crítica que exige planejamento, comunicação efetiva entre os serviços e suporte contínuo à família e ao paciente (BRASIL, 2023).

Falhas no processo de transição do cuidado associam-se a eventos adversos, como readmissões hospitalares, visitas não programadas a serviços de urgência e

complicações relacionadas à medicação, comprometendo a segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2025; RODRIGUES *et al.*, 2023). Nesse contexto, a enfermagem é fundamental para assegurar a continuidade e a segurança do cuidado. Profissionais de enfermagem realizam educação em saúde, estabelecem reconciliação de medicamentos, realizam acompanhamento domiciliar e atuam como articuladores entre os níveis de atenção à saúde (COUTO *et al.*, 2020).

2. Metodologia

A metodologia adotada consiste em um relato de experiência baseado nas vivências de discentes vinculados à disciplina extensionista “Transição do Cuidado e Assistência de Enfermagem”, do curso de Enfermagem da UEM. A disciplina tem como foco a elaboração e implementação de planos de cuidados para pessoas e famílias no período de transição entre hospital e domicílio, com ênfase na Rede de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Primária.

Participaram seis acadêmicos da terceira série, sob orientação de uma docente, entre junho e agosto de 2025. As atividades ocorreram em quatro encontros quinzenais, às quintas-feiras à tarde, organizados em: reconhecimento da díade (paciente e cuidador), planejamento da alta hospitalar, visita domiciliar (VD) e apresentação final do caso clínico.

No primeiro encontro, os discentes visitaram uma paciente internada em hospital público de Maringá e seu acompanhante, identificando problemas de enfermagem e planejando intervenções com resultados esperados. Após 15 dias, foi realizada a VD, permitindo observar a realidade pós-alta. Nas semanas seguintes, os estudantes analisaram as intervenções aplicadas e elaboraram uma apresentação para socializar a experiência com a turma.

3. Resultados e Discussão

A paciente acompanhada pelo grupo da disciplina, era do sexo feminino, 68 anos, admitida no hospital com diagnóstico de fratura transtrocanteriana à esquerda, associada a comorbidades como Doença de Parkinson e osteoporose. Encontrava-se no primeiro dia de pós-operatório, em repouso no leito e acompanhada pelo filho (cuidador principal).

No momento da visita hospitalar, foram realizadas orientações em saúde à díade, sobre a importância de manter restrição de carga no membro inferior esquerdo por no mínimo 15 dias, com recomendação de uso exclusivo de cadeira de rodas para melhor recuperação. Também foram abordados sinais de alerta relacionados à infecção, desidratação e o rebaixamento de nível de consciência e a importância do segmento junto à UBS.

A atuação dos discentes durante a internação permitiu a construção de um plano de cuidados com base em diagnósticos de enfermagem, intervenções e prescrições individualizadas, que foram posteriormente validadas na VD.

Durante a VD, observou-se um ambiente com pouca ventilação e reduzido asseio; limitação funcional importante da paciente e do marido (que é idoso e possui comorbidades); uso inadequado dos medicamentos; e sobrecarga do cuidador principal. Nesse contexto, foram elaborados DE: ansiedade, risco de quedas, risco de integridade da pele prejudicada, enfrentamento ineficaz do cuidador, gestão ineficaz do regime terapêutico, estilo de vida sedentário, risco de saúde ambiental prejudicada e risco de interação medicamentosa.

Diante disso, foram propostas intervenções como redução da ansiedade com escuta qualificada e encaminhamento psicológico; prevenção de quedas com o uso de cadeira de rodas; monitoramento da pele com orientação ao cuidador para curativos e prevenção de lesões; apoio ao cuidador e estímulo ao autocuidado; ensino sobre medicamentos com uso de recursos educativos para evitar polifarmácia e automedicação; além de estratégias de promoção da mobilidade; gerenciamento ambiental e de medicamentos.

As informações foram sistematizadas em uma carta técnica, elaborada pelos discentes e encaminhada por e-mail à UBS de referência da paciente, com o objetivo de suscitar a continuidade do cuidado pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa prática está alinhada às diretrizes da Atenção Domiciliar e reforça o papel da enfermagem na articulação entre os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2023).

4. Considerações

A partir da experiência de transição do cuidado vivenciada pelos discentes de enfermagem, pode-se compreender a relevância do enfermeiro como responsável por

articular a assistência entre os diferentes níveis de atenção à saúde e promover a continuidade do cuidado. Além disso, participar da disciplina extensionista contribuiu de modo significativo para a formação acadêmica, permitindo a aplicação prática de conhecimentos teóricos, o desenvolvimento de habilidades relacionais e o fortalecimento do compromisso ético e humanizado no cuidado ao paciente. Reitera-se a importância da extensão universitária como espaço de integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo não apenas a qualificação do cuidado, mas também a transformação social por meio da atuação crítica e sensível da enfermagem.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar: diretrizes para a transição do cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

GOMES, L. P. et al. Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: a systematic review and meta-analysis. **BMC Nursing**, v. 24, n. 10, p. 1-17, 2025.

COUTO, A. M.; PRADO, C. M. C. do; REIS, A. M. M. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. **Texto & Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, e20180302, 2020.

RODRIGUES, T.F.C.S.; CARDOSO, L.C.B.; UEMA, R.T.B.; *et al.* Planejamento de alta realizado por enfermeiros para o aumento da competência de cuidadores: ensaio clínico. **Texto e Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, p. e20230147, 2023.