

## **IDOSO COM INSUFICIÊNCIA RENAL: ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE ALTA DE ENFERMAGEM**

*ELDERLY WITH RENAL FAILURE: STRATEGIES FOR  
BUILDING A NURSING DISCHARGE PLAN*

*ANCIANOS CON INSUFICIENCIA RENAL: ESTRATEGIAS  
PARA ELABORAR UN PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA*

---

### **Elionai dos Santos Silva**

Mestre em Gerontologia pelo Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia (PMPG). Universidade Federal da Paraíba (UFP). E-mail: [elionaidra@gmail.com.br](mailto:elionaidra@gmail.com.br) | Orcid.org/0000-0002-3628-993X

### **Andressa Fernanda Silva**

Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP). E-mail: [andressa.fernanda18@hotmail.com](mailto:andressa.fernanda18@hotmail.com) | Orcid.org/0000-0002-8250-2156

### **Robson Antão de Medeiros**

Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba (UFP). E-mail: [robson.antao@academico.ufpb.br](mailto:robson.antao@academico.ufpb.br) | Orcid.org/0000-0002-8099-9342

### **Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**

Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP). E-mail: [rosalina@eerp.usp.br](mailto:rosalina@eerp.usp.br) | Orcid.org/0000-0001-8916-1078

### **Alisseia Guimarães Lemes**

Professora Adjunto III no curso de enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia (UFMT/CUA). E-mail: [alisseeia.lemes@ufmt.br](mailto:alisseeia.lemes@ufmt.br) | Orcid.org/0000-0001-6155-6473

### **Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi**

Professora Titular Sênior da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP). E-mail: [avrmlccr@eerp.usp.br](mailto:avrmlccr@eerp.usp.br) | Orcid.org/0000-0003-2364-5787

---

## RESUMO:

Objetivo: Identificar os elementos essenciais para a elaboração do plano de alta de enfermagem destinado às pessoas idosas com insuficiência renal em processo de transição para o domicílio. Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, contemplando estudos publicados entre 2013 e 2023 que abordavam a alta hospitalar de idosos com insuficiência renal. A análise foi fundamentada na Teoria da Transição de Afaf Meleis. Resultados: Foram identificados nove elementos essenciais para a transição segura da alta hospitalar: avaliação do paciente, educação para pacientes e cuidadores, gerenciamento da medicação, monitoramento da saúde, apoio psicossocial, plano de atividade física, orientações nutricionais, segurança do ambiente domiciliar e continuidade dos cuidados. A adoção de um plano de alta estruturado contribui para a melhoria da qualidade assistencial, promovendo maior segurança, continuidade do cuidado e redução das readmissões hospitalares. Conclusão: A estruturação do plano de alta de enfermagem é fundamental para garantir a transição segura e eficaz do idoso com insuficiência renal ao ambiente domiciliar. Além de beneficiar os pacientes, essa estratégia fortalece o trabalho da equipe de saúde e otimiza recursos institucionais. Futuras pesquisas podem explorar intervenções voltadas à autogestão da doença renal crônica e o desenvolvimento de programas de capacitação para profissionais da área.

---

**PALAVRAS-CHAVE:** Alta do paciente; Idoso; Insuficiência Renal.

---

---

## ABSTRACT:

*Objective: To identify the essential elements for drawing up a nursing discharge plan for elderly people with kidney failure who are in the process of moving home. Method: An integrative literature review was carried out, including studies published between 2013 and 2023 that dealt with the discharge from hospital of elderly people with kidney failure. The analysis was based on Afaf Meleis' Transition Theory. Results: Nine essential elements were identified for the safe transition from hospital discharge: patient assessment, education for patients and caregivers, medication management, health monitoring, psychosocial support, physical activity plan, nutritional guidelines, safety of the home environment and continuity of care. Adopting a structured discharge plan contributes to improving the quality of care, promoting greater safety, continuity of care and reducing hospital readmissions. Final considerations: Structuring a nursing discharge plan is essential to ensure the safe and effective transition of elderly patients with renal failure to the home environment. As well as benefiting patients, this strategy strengthens the work of the healthcare team and optimizes institutional resources. Future research could explore interventions aimed at self-management of chronic kidney disease and the development of training programs for professionals in the field.*

**KEYWORDS:** Patient discharge; Elderly; Renal insufficiency.

---

## RESUMEN:

*Objetivo: Identificar los elementos esenciales para la elaboración de un plan de alta de enfermería para ancianos con insuficiencia renal en proceso de traslado a domicilio. Método: Se realizó una revisión bibliográfica integradora que incluyó estudios publicados entre 2013 y 2023 que trataron sobre el alta hospitalaria de ancianos con insuficiencia renal. El análisis se basó en la Teoría de la Transición de Afaf Meleis. Resultados: Se identificaron nueve elementos esenciales para la transición segura desde el alta hospitalaria: evaluación del paciente, educación para pacientes y cuidadores, gestión de la medicación, seguimiento de la salud, apoyo psicosocial, plan de actividad física, pautas nutricionales, seguridad del entorno domiciliario y continuidad de la atención. Adoptar un plan de alta estructurado contribuye a mejorar la calidad de los cuidados, promover una mayor seguridad, la continuidad de los cuidados y reducir los reingresos hospitalarios. Consideraciones finales: La estructuración de un plan de alta de enfermería es fundamental para garantizar la transición segura y eficaz de los pacientes ancianos con insuficiencia renal al entorno domiciliario. Además de beneficiar a los pacientes, esta estrategia refuerza la labor del equipo sanitario y optimiza los recursos institucionales. Futuras investigaciones podrían explorar intervenciones dirigidas a la autogestión de la enfermedad renal crónica y el desarrollo de programas de formación para profesionales en este campo.*

**Palabras clave:** Alta de pacientes; Ancianos; Insuficiencia renal.

---

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento geralmente está associado ao declínio progressivo das capacidades físicas, o que pode afetar significativamente a qualidade de vida das pessoas idosas. Esse processo, muitas vezes acompanhado por alterações nos hábitos cotidianos, compromete o bem-estar emocional e social, podendo desencadear sentimentos de apatia, insegurança e isolamento (Costa, 2016). Além disso, a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) nessa faixa etária é elevada, com destaque para cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças pulmonares, distúrbios musculoesqueléticos, demências e *déficits* visuais. Tais condições contribuem para o aumento dos índices de mortalidade, hospitalizações, consultas ambulatoriais e uso contínuo de medicamentos (Malta; Pereira, 2023).

Dentre as DCNTs, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus mal controlados merecem atenção especial, pois estão diretamente relacionados com as complicações renais, como a insuficiência renal (Wermeck, 2008). A insuficiência renal (IR) é uma condição clínica relevante entre pessoas idosas, caracterizada pela perda temporária ou permanente da função renal, com impacto direto na sua qualidade de vida e sobrevida (Brasil, 2016).

A IR pode ser classificada em dois tipos principais: insuficiência renal aguda (IRA) e insuficiência renal crônica (IRC). A IRA tem início súbito e é potencialmente reversível, enquanto a IRC desenvolve-se de forma gradual ao longo de pelo menos três meses, podendo resultar em perda permanente da função renal (Brasil, 2016). Cada forma da doença requer abordagens específicas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, tanto no contexto hospitalar quanto no domiciliar (Taylor, 2023).

No ambiente hospitalar, é comum a presença de pacientes idosos com diagnóstico de IR que, após a estabilização clínica, retornam para seus domicílios ou instituições de apoio. Durante a internação, muitos desses pacientes são submetidos à hemodiálise com o objetivo de corrigir ou compensar o comprometimento da função renal. Em alguns casos, especialmente de IRA, pode haver recuperação parcial ou total da função renal, tornando a diálise desnecessária após a alta (Wermeck, 2008).

Diante desse cenário, o planejamento da alta hospitalar torna-se um processo essencial, especialmente sob a responsabilidade da equipe de enfermagem. É fundamental que o enfermeiro envolvido na transição para o domicílio considere os principais fatores que influenciam a progressão da doença renal, tais como controle inadequado da pressão arterial, glicemia e colesterol;

estágio avançado da doença; presença e grau de albuminúria; tabagismo e uso de substâncias nefrotóxicas (Neves *et al.*, 2020; Brasil, 2016).

Assim, o conhecimento técnico e clínico por parte do enfermeiro é indispensável para a elaboração de um plano de alta eficaz, que contemple tanto as necessidades da pessoa idosa com IR quanto o apoio necessário aos seus familiares ou cuidadores. Esse planejamento visa garantir uma transição segura para o ambiente domiciliar, reduzir o risco de complicações e evitar reinternações desnecessárias.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo identificar os elementos essenciais para a elaboração do plano de alta de enfermagem destinado às pessoas idosas com insuficiência renal em processo de transição para o domicílio. Para sustentar a discussão proposta, serão abordadas, a seguir, a Teoria de Transição e os fundamentos do plano de alta hospitalar em enfermagem.

## **TEORIA DA TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS: APLICAÇÕES E IMPLICAÇÕES NA ENFERMAGEM**

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, é um referencial teórico relevante na enfermagem contemporânea, sendo amplamente utilizada para compreender os processos multidimensionais vivenciados pelos indivíduos em diferentes fases da vida e situações de saúde. A transição é concebida como um processo dinâmico e complexo que envolve alterações em estados de saúde, papéis sociais, expectativas e habilidades, podendo se apresentar em diferentes tipos: transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença, organizacionais e terapêuticas (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010).

Essa teoria é valorizada por sua flexibilidade e aplicabilidade em diversos contextos clínicos e educacionais da enfermagem (Meleis, 2000). Sua estrutura conceitual permite compreender e apoiar indivíduos em momentos de vulnerabilidade, fornecendo subsídios para uma prática sensível às mudanças psicossociais, culturais e espirituais vivenciadas pelos sujeitos (Im, 2014; Williams, 2018; Guimarães; Silva, 2016).

No campo da educação em enfermagem, a Teoria das Transições contribui para a criação de ambientes de aprendizagem centrados no estudante, promovendo transições acadêmicas mais equitativas (Im, 2014). Em contextos clínicos, tem aplicação consolidada, como no cuidado gerontológico, especialmente em processos de institucionalização de idosos, em que a transição pode ser

marcada por perdas e desafios de adaptação (Karlsson *et al.*, 2019; Yilmaz; Terzioglu, 2021).

A teoria também oferece suporte para o cuidado de familiares que assumem o papel de cuidadores, ao enfatizar a importância do ensino terapêutico e da orientação para favorecer uma transição saudável (Cardoso *et al.*, 2019; Karayurt *et al.*, 2019). A amplitude da teoria também se reflete em sua aplicação em áreas como saúde pública, psicologia e gestão, revelando sua relevância interdisciplinar (Im, 2014).

A estrutura teórica proposta por Meleis é sensível às necessidades de grupos específicos, como pessoas idosas apresentando condições de saúde complexas, em transição para o domicílio (Meleis, 2010; Meleis; Trangenstein, 2010). Nesses casos, são necessárias estratégias específicas de apoio, capacitação, orientação para a construção da autonomia na transição de cuidados do hospital para o domicílio (Henderson *et al.*, 2021).

O processo de transição envolve propriedades fundamentais como conscientização, engajamento, mudança, diferenciação e temporalidade. A compreensão dessas características permite ao enfermeiro planejar e implementar intervenções que favoreçam a adaptação do indivíduo às novas realidades (Meleis *et al.*, 2000; Guimarães; Silva, 2016). Eventos críticos como nascimento, diagnóstico de doenças crônicas ou morte configuram momentos de elevada vulnerabilidade, exigindo do profissional sensibilidade, conhecimento técnico e empatia (Guimarães; Silva, 2016).

Diversos fatores influenciam o processo de transição e entre eles estão os aspectos pessoais, sociais e comunitários. Elementos como os significados atribuídos aos eventos, crenças culturais, condições socioeconômicas e nível de preparo influenciam o curso da transição. O apoio familiar e social, os recursos disponíveis e a representação social também são determinantes importantes (Meleis, 2000; Meleis, 2010).

Transições bem-sucedidas são marcadas por respostas adaptativas positivas, como a consolidação de redes de apoio, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e aquisição de novas habilidades. Esses resultados sinalizam a capacidade de incorporar novas identidades e papéis com sucesso. Em contrapartida, quando há dificuldades na adaptação ou no desempenho de novos papéis, podem ocorrer transições prejudiciais, com impactos negativos sobre a saúde física e emocional (Meleis, 1975; Meleis, 2010).

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel central como facilitador das transições. Cabe a ele fornecer orientação, apoio emocional, educação em saúde e ações

terapêuticas que promovam o enfrentamento e a reorganização da vida do paciente e seus familiares (Im, 2014; Guimarães; Silva, 2016).

Um exemplo prático dessa atuação ocorre no momento da alta hospitalar, particularmente de pessoas idosas. Essa transição exige planejamento compartilhado entre a equipe de saúde, o paciente, os familiares e os cuidadores, com foco na continuidade, na segurança e na qualidade do cuidado (Brasil, 2023). Familiares podem contribuir com apoio prático no ambiente doméstico, enquanto cuidadores — remunerados ou não — auxiliam nas atividades de vida diária, promovendo maior autonomia e bem-estar à pessoa idosa (Brasil, 2008).

## **PLANO DE ENFERMAGEM PARA A ALTA HOSPITALAR DA PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA RENAL**

A redução do tempo de internação hospitalar é uma tendência global, impulsionada por fatores como o alto custo das hospitalizações, os avanços tecnológicos na área da saúde e o desenvolvimento das ciências médicas e farmacêuticas. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel central na garantia de uma transição de cuidados segura e qualificada entre o hospital e o domicílio (Araújo, 2012; Meleis, 2010).

A alta hospitalar responsável pressupõe continuidade do cuidado, articulação com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e preparo adequado do paciente e seus cuidadores. A Portaria nº 3.390/2013 do Ministério da Saúde define que a alta deve incluir: (I) orientação sobre a continuidade do tratamento e estímulo ao autocuidado; (II) articulação com os demais pontos da RAS, principalmente a Atenção Básica e (III) implementação de práticas de desospitalização, como o cuidado domiciliar pactuado na rede (Brasil, 2013).

A desospitalização, por sua vez, requer uma abordagem humanizada e dialógica, baseada nas necessidades e escolhas dos usuários. Essa prática, sustentada pelo princípio da integralidade do cuidado, exige o trabalho coordenado de equipes multiprofissionais para garantir efetividade e continuidade (Brasil, 2020; Meleis, 2010).

Planejar a alta significa preparar o paciente para uma transição de um nível de cuidado ao outro. Conforme a Teoria das Transições de Meleis, esse processo é dinâmico e marcado por fases de instabilidade, mudanças e adaptações, que podem gerar incertezas, conflitos e vulnerabilidades (Meleis, 2010; Chick;

Meleis, 1986). Entre as propriedades essenciais das transições estão a consciência, o engajamento, as mudanças no tempo, no comportamento e no relacionamento com os outros, sendo influenciadas por fatores pessoais, sociais e organizacionais (Guimarães; Silva, 2016).

No caso de pessoas idosas, especialmente aquelas com doenças crônicas como IR, o planejamento da alta exige maior atenção. Segundo Flesch e Araújo (2014), a saúde dessas pessoas pode se deteriorar após a hospitalização, tornando o retorno ao domicílio um período de alto risco para reinternações. A necessidade de reorganizar a rotina familiar, adaptar o ambiente doméstico e seguir tratamentos contínuos pode gerar insegurança, sobretudo na ausência de orientações adequadas.

Estudos internacionais apontam desafios recorrentes nesse processo. Uma pesquisa etnográfica realizada na Dinamarca e Reino Unido mostrou que pacientes idosos frequentemente não são envolvidos no planejamento da alta hospitalar, o que aumenta sua vulnerabilidade e dificulta a adaptação no domicílio (Beck *et al.*, 2024). A falta de escuta ativa e de reconhecimento de suas necessidades torna a transição mais difícil, ressaltando a importância de um cuidado centrado no paciente, como propõe Meleis (1975, 2010).

Na Austrália, Allen *et al.* (2018) investigaram as experiências de idosos com doenças crônicas e seus cuidadores durante a transição hospital-domicílio. Os participantes relataram a necessidade de conquistar maior independência nesse processo, com apoio social, comunicação eficaz com os profissionais de saúde, acesso à informação e incentivo ao autocuidado. O estudo reforça que intervenções baseadas no cuidado transicional devem priorizar a recuperação da autonomia e a superação de barreiras identificadas.

Nos Estados Unidos, o planejamento de alta é requisito para a acreditação hospitalar, sendo considerado parte essencial da continuidade do cuidado. Segundo Patel e Bechmann (2023), os planos de alta devem ser individualizados e incluir informações claras para o paciente e para os próximos prestadores de cuidados, seja em casa ou em instituições de longa permanência.

No Brasil, estudo realizado com 156 idosos após alta hospitalar mostrou que, embora a transição tenha sido considerada satisfatória, ainda existem lacunas, especialmente quanto à consideração das preferências dos pacientes e ao detalhamento dos planos de cuidado (Tomazela *et al.*, 2023). Outra pesquisa na região sul do país identificou que reinternações estavam frequentemente associadas com determinantes sociais e com a ausência de ações de autocuidado eficazes (Teston *et al.*, 2016).

Esses dados reforçam que a alta hospitalar, se mal conduzida, pode representar um ponto crítico na trajetória do paciente idoso, expondo-o às complicações e readmissões evitáveis (Acosta *et al.*, 2018). Para garantir uma transição segura, é essencial desenvolver planos de cuidados individualizados, com participação ativa do paciente, família e equipe multiprofissional, conforme propõe a Teoria da Transição (Meleis, 2010; Schumacher, Jones; Meleis, 1999).

A situação é ainda mais delicada no caso de pessoas idosas com IR, dada a complexidade dos cuidados pós-alta. Essas pessoas estão mais propensas a eventos adversos, como erros na medicação, uso inadequado de serviços de urgência e reinternações precoces. A presença de cuidadores capacitados, a comunicação eficiente com os serviços de saúde e o suporte contínuo são fundamentais para evitar agravamentos (Brasil, 2020; Meleis, 2010).

Portanto, o enfermeiro, como agente facilitador da transição, deve utilizar estratégias de educação em saúde, planejamento terapêutico e coordenação intersetorial para promover uma alta segura e reduzir os riscos. Conforme Meleis (1975), o papel do enfermeiro é essencial para suplementar funções que o paciente ou seus cuidadores ainda não conseguem desempenhar, minimizando insuficiências e promovendo a adaptação a novas condições de vida.

## METODOLOGIA

Estudo de revisão integrativa da literatura, realizado em 2024, com o objetivo de subsidiar a elaboração de um plano de alta hospitalar para pessoas idosas com IR em transição para o domicílio.

A revisão integrativa é um método científico que permite a síntese de evidências disponíveis sobre determinado tema, combinando estudos com diferentes delineamentos metodológicos, como pesquisas experimentais e não experimentais. Trata-se de uma abordagem relevante para a prática baseada em evidências em enfermagem, pois possibilita uma compreensão ampla e sistematizada do fenômeno investigado (Whittemore; Knafl, 2005; Soares *et al.*, 2014).

A metodologia adotada seguiu as etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005), que compreendem: (1) identificação do problema; (2) busca na literatura; (3) avaliação e análise dos dados e (4) síntese dos resultados. As etapas descritas por Soares *et al.* (2014) também foram consideradas, incluindo a definição do tema e da pergunta de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão,

extração e análise das informações, interpretação dos achados e apresentação da síntese do conhecimento.

Para orientar a formulação da pergunta de pesquisa, utilizou-se o acrônimo PICo (População, Interesse, Contexto), estruturando-se a seguinte questão: “Quais são os elementos que devem ser incluídos no plano de alta de enfermagem para pessoas idosas com insuficiência renal em transição do hospital para o domicílio?”. Os componentes do PICo foram definidos como: População = enfermeiros; Interesse = pessoas idosas/idosos com insuficiência renal; e Contexto = alta hospitalar (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégia PICo para estabelecer critérios de elegibilidade da revisão integrativa, Barra do Garças (MT), Brasil, 2024

	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>Co</b>
Extração	Enfermeiros	Idoso em Insuficiência Renal	Alta hospitalar
Conversão	<i>Nurses</i>	<i>Aged Renal Insufficiency</i>	<i>Hospital discharge</i>
Combinação	<i>Nurses; Male; Enfermero; Infirmiers</i>	<i>Aged; Anciano; Sujet âgé; Renal Insufficiency; Failure, Kidney; Failure, Renal; Failures, Kidney; Failures, Renal; Insufficiency, Kidney; Kidney Failure; Kidney Failures; Kidney Insufficiencies; Kidney Insufficiency; Renal Failure; Renal Failures; Renal Insufficiencies; Insuficiencia Renal; Insuffisance rénale</i>	<i>Patient Discharge; Alta del Paciente; Sortie du patient</i>
	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>Co</b>
Construção	<i>("Nurses" OR "Male" OR "Enfermeros")</i>	<i>("Aged" OR "Anciano" OR "Sujet âgé")</i>	<i>"Patient Discharge"</i>

	<i>OR "Infirmiers")</i>	<i>("Renal Insufficiency" OR "Failure, Kidney" OR "Failure, Renal" OR "Failures, Kidney" OR "Failures, Renal" OR "Insufficiency, Kidney" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Renal Insufficiencies" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuffisance rénale")</i>	<i>OR "Alta del Paciente" OR "Sortie du patient"</i>
Uso da estratégia	<i>("Nurses" OR "Male" OR "Enfermeros" OR "Infirmiers") AND ("Aged" OR "Anciano" OR "Sujet âgé") AND ("Renal Insufficiency" OR "Failure, Kidney" OR "Failure, Renal" OR "Failures, Kidney" OR "Failures, Renal" OR "Insufficiency, Kidney" OR "Kidney Failure" OR "Kidney Failures" OR "Kidney Insufficiencies" OR "Kidney Insufficiency" OR "Renal Failure" OR "Renal Failures" OR "Renal Insufficiencies" OR "Insuficiencia Renal" OR "Insuffisance rénale") AND "Patient Discharge" OR "Alta del Paciente" OR "Sortie du patient"</i>		

Fonte: Os autores (2024)

Foram incluídos estudos primários, publicados na íntegra entre 2013 e 2023, nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, que abordassem a atuação do enfermeiro na alta hospitalar de pessoas idosas com IR. Excluíram-se artigos de revisão, ensaios teóricos, relatos de experiência, monografias, dissertações, teses, documentos governamentais, resumos de eventos científicos e estudos que não respondessem à pergunta norteadora.

As bases utilizadas foram: MEDLINE-PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*), Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus (base de dados bibliográfica), Web of Science (base de dados multidisciplinar da empresa Clarivate), Embase (*Excerpta Medica Database*), CINAHL (*Cummulative Index Nursing Allied Health Literature*), BDENF (Base de dados de Enfermagem) e Google Scholar (GS).

Com base na análise dos dados obtidos na RI, foi elaborado um plano de alta voltado à pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio. A construção do plano foi fundamentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010; Meleis *et al.*, 2000) e nos dez domínios essenciais para a transição do cuidado propostos por Burke *et al.* (2013). As orientações foram individualizadas, integrando aspectos do manejo da IR à perspectiva da transição de cuidados de enfermagem.

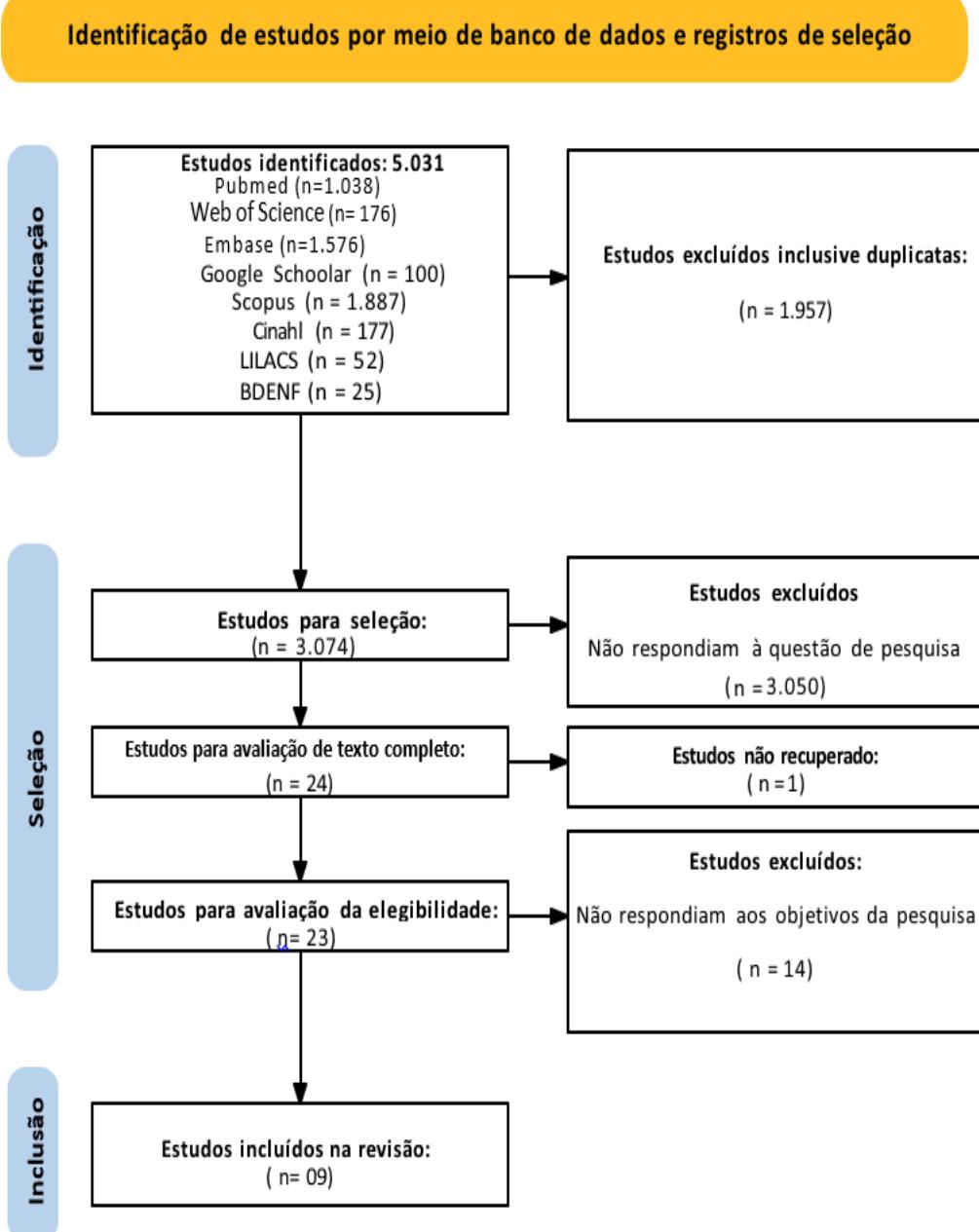
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram inicialmente identificados 5.031 estudos nas bases de dados. Após a remoção de duplicatas ( $n=1.957$ ), 3.074 artigos seguiram para análise dos títulos e resumos. Desses, 3.050 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão ou por não responderem à pergunta de pesquisa, ou seja, não abordavam de forma clara e específica a atuação do enfermeiro na alta hospitalar de pessoas idosas com insuficiência renal.

Dos 24 estudos selecionados para leitura completa, um não pôde ser recuperado. Após essa leitura, 14 foram excluídos por se tratarem de revisões de literatura, artigos com dados incompletos, população inadequada ou ausência de resultados relevantes. Assim, nove estudos atenderam plenamente aos critérios metodológicos e temáticos estabelecidos, compondo a amostra final desta revisão.

O processo de seleção dos estudos está representado no fluxograma (Figura 1), e os principais achados, bem como os cuidados identificados, estão detalhados no Quadro 2.

Figura 1 – Fluxograma que ilustra a seleção, exclusão e o total de artigos incluídos e analisados sobre os itens do plano de alta de enfermagem direcionada à pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio. Barra do Garças-MT, Brasil, (2024).



Fonte: Os autores (2024)

O Quadro 2 apresenta os elementos essenciais para a elaboração do plano de alta de enfermagem destinado às pessoas idosas com insuficiência renal em processo de transição do ambiente hospitalar para o domicílio. Os achados foram extraídos de estudos nacionais e internacionais, os quais apontam múltiplas dimensões do cuidado necessárias para garantir a continuidade segura, humanizada e eficaz da assistência.

Estes estudos identificados estão apresentados por letras maiúsculas no Quadro 2 e são os seguintes: **(A)**. GREER, R. C. et al. Hospital discharge communications during care transitions for patients with acute kidney injury: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, England, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016; **(B)**. THANAPONGSATORN, P. et al. Comprehensive versus standard care in post- severe acute kidney injury survivors, a randomized controlled trial. **Critical Care**, London, England, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021; **(C)**. BOONSTRA, M. D. et al. A longitudinal qualitative study to explore and optimize self- management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: perspectives of patients and health care professionals. **Patient Education and Counseling**, Princeton, New Jersey, v. 105, n. 1, p. 88-104, 2022; **(D)**. SILVER, S. A. et al. What insights do patients and caregivers have on acute kidney injury and posthospitalisation care? A single-centre qualitative study from Toronto, Canada. **BMJ Open**, London, England, v. 8, n. 6, p. 1-8, 2018; **(E)**. WU, V. C. et al. Nephrologist follow-up care of patients with acute kidney disease improves outcomes: Taiwan experience. **Value in Health**, Malden, Massachusetts, v. 23, n. 9, p. 1225-1234, 2020; **(F)**. HAINES, R. W. et al. Long-term kidney function of patients discharged from hospital after an intensive care admission: observational cohort study. **Scientific Reports**, London, England, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2021; **(G)**. BARRETO, E. F. et al. Incidence of serum creatinine monitoring and outpatient visit follow-up among acute kidney injury survivors after discharge: a population-based cohort study. **American Journal of Nephrology**, Basel, New York, v. 52, n. 10-11, p. 817-826, 2021; **(H)**. VAN DIPTEN, C. et al. Referring patients with stable moderate-to-advanced chronic kidney disease back to primary care: a feasibility study. **BJGP Open**, London, England, v. 6, n. 2, p. 1-12, 2022; **(I)**. SILVER, S. A. et al. Improving care after acute kidney injury: a prospective time series study. **Nephron**, Basel, New York, v. 131, n. 1, p. 43-50, 2015.

Então, percebe-se que apesar de terem sido identificados nove estudos, as diversas características do cuidado repetem-se entre os autores, sendo que alguns apresentam em seus textos múltiplas dimensões, tais como apresentadas sequentemente.

Quadro 2 – Elementos essenciais para o plano de alta de enfermagem à pessoa idosa com insuficiência renal em transição para o domicílio, conforme evidências da literatura. Barra do Garças-MT, Brasil, (2024).

<b>Autores (codificados por letras)</b>	<b>Dimensões do Cuidado</b>	<b>Elemento Essencial e Intervenção Sugeridas</b>	<b>Principais Achados dos Estudos</b>
<b>(A)</b>	Comunicação e Coordenação	Comunicação clara e documentação adequada: garantir protocolos formais de alta, com registro completo da condição renal, plano terapêutico, exames e orientações aos cuidadores.	A maioria das altas hospitalares omitia dados críticos sobre a IRA; isso compromete a continuidade do cuidado.
<b>(B)</b>	Avaliação Interdisciplinar	Avaliação multidisciplinar: envolver enfermeiros, nefrologistas, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos para avaliação integral antes da alta.	Abordagem multidisciplinar melhora adesão terapêutica, segurança e conhecimento do paciente após alta.
<b>(C), (D)</b>	Educação em Saúde	Orientação ao paciente e cuidador: explicação clara sobre a doença renal, medicamentos, dieta, sinais de	Barreiras como baixa literacia dificultam o autogerenciamento; educação precisa ser adaptada e reforçada.

		alerta, autocuidado e agendamento de retornos.	
(E), (I)	Continuidade do Cuidado	Acompanhamento nefrológico e ambulatorial: garantir seguimento por especialista nas semanas pós-alta, com ajustes clínicos, exames e rastreio de complicações.	Acompanhamento reduz mortalidade e complicações cardiovasculares e melhora a adesão ao tratamento.
(F), (G)	Monitoramento	Avaliação clínica e laboratorial periódica: aferição de PA, função renal, glicemia e controle de peso nas primeiras semanas após a alta.	Pacientes apresentam declínio acentuado da função renal nos primeiros 6 meses pós-alta; requer vigilância intensiva.
(H)	Envelhecimento e Fragilidade	Cuidados específicos ao idoso: considerar funcionalidade, cognição, polifarmácia e rede de apoio para elaborar plano de cuidados realista e seguro.	Retorno à atenção primária é viável, mas requer suporte contínuo e avaliações sistemáticas.
(C), (D)	Autogestão e Apoio Psicossocial	Promoção da autogestão com suporte contínuo:	Necessidade de estratégias personalizadas para populações

		estimular participação ativa do paciente no cuidado com estratégias acessíveis, reforçando autoestima e suporte social.	vulneráveis, com apoio ao cuidador e reforço à autonomia.
(D)	Segurança no Ambiente	Avaliação do domicílio e rede de suporte: orientar sobre adaptações físicas no lar, garantir acesso a insumos e apoio familiar para evitar reinternações.	A percepção do paciente sobre cuidado pós-alta está ligada ao suporte recebido no domicílio e compreensão das orientações.
(B), (E)	Gestão da Medicação	Revisão e reconciliação medicamentosa: checagem de interações medicamentosas, adesão e compreensão do uso de cada fármaco; instruções claras por escrito.	Reconciliação adequada aumenta segurança e adesão, reduzindo readmissões e eventos adversos.

Fonte: Os autores (2024)

Entre as principais dimensões identificadas, destacam-se: comunicação e coordenação, avaliação interdisciplinar, educação em saúde, continuidade do cuidado, monitoramento clínico e laboratorial, atenção ao envelhecimento e fragilidade, promoção da autogestão e apoio psicossocial, segurança no ambiente domiciliar, e gestão da medicação.

Autores como Silver *et al.* (2018) e Boonstra *et al.* (2022) destacam-se por abordarem múltiplas dimensões, incluindo educação em saúde, autogestão, apoio psicossocial e segurança no ambiente domiciliar, demonstrando uma

preocupação mais ampla com o contexto social, emocional e funcional do paciente idoso. Esses estudos apontam que barreiras como baixa literacia em saúde e suporte familiar limitado impactam diretamente na adesão ao plano terapêutico, tornando necessário o uso de estratégias educativas acessíveis, reforço à autonomia e avaliação do ambiente domiciliar.

Estudos como os de Wu *et al.* (2020) e Silver *et al.* (2015) reforçam a importância da continuidade do cuidado, principalmente por meio do acompanhamento nefrológico após a alta. Essa prática foi associada à redução de mortalidade, menor incidência de eventos cardiovasculares e melhor adesão ao tratamento, demonstrando a eficácia do cuidado prolongado e especializado.

Por sua vez, Greer *et al.* (2016) chamam atenção para falhas graves na comunicação e documentação durante a alta hospitalar, indicando que dados essenciais sobre a condição renal frequentemente não são registrados, o que compromete a transição segura do paciente. A necessidade de protocolos padronizados de comunicação e registros completos é ressaltada como uma medida crítica de segurança e continuidade.

A avaliação interdisciplinar, destacada por Thanapongsatorn *et al.* (2021), demonstrou-se eficaz na melhoria dos resultados clínicos pós-alta. A inclusão de profissionais de diferentes áreas favorece uma abordagem integral, antecipando riscos e planejando intervenções mais precisas e individualizadas.

Autores como Haines *et al.* (2021) e Barreto *et al.* (2021) enfatizam a relevância do monitoramento rigoroso da função renal e de comorbidades nos primeiros meses após a alta, período crítico para descompensações. A vigilância contínua permite intervenções precoces que evitam complicações graves. Van Dipten *et al.* (2022) abordam o cuidado centrado no idoso, propondo uma adaptação do plano de alta à realidade funcional e cognitiva do paciente, com atenção à polifarmácia e à rede de apoio familiar. A transição para a atenção primária, segundo o estudo, é possível e segura desde que haja suporte adequado ao profissional de saúde e acompanhamento estruturado.

Os estudos analisados evidenciaram os principais desafios enfrentados por pacientes e profissionais de saúde durante o processo de transição hospitalar para o domicílio. Os achados ressaltam a importância de um plano de alta estruturado, abrangente e centrado no paciente.

Assim, tendo com base na análise dos nove artigos incluídos na revisão e fundamentado na Teoria das Transições de Meleis (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010), foi elaborado um plano de alta hospitalar voltado à pessoa idosa com IR em transição para o domicílio. Esse plano também se apoia nos dez domínios

essenciais para a transição do cuidado propostos por Burke *et al.* (2013). Foram identificados os seguintes elementos essenciais para uma transição segura:

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

A alta hospitalar é um momento crítico de transição do hospital para a comunidade e se não for realizada de forma adequada e planejada, o paciente tem possibilidade de ser reinternado. Para as pessoas idosas com doenças crônicas, com insuficiência renal e necessidade de terapias dialíticas, essa transição pode ser ainda mais desafiadora e difícil (Ferreira; Baixinho, 2021).

Nessa direção, a Teoria das Transições de Meleis (2010) tem se mostrado uma estrutura conceitual relevante para orientar esse processo em diferentes contextos clínicos e faixas etárias, auxiliando na identificação de estratégias que promovam segurança, autonomia e qualidade de vida (Meleis e Trangenstein, 2010; Sun *et al.*, 2023).

Cabe destacar que este estudo foi limitado à literatura publicada entre 2013 e 2023. É possível que um período de análise mais amplo ou a inclusão de outras bases de dados e repositórios virtuais revelasse evidências adicionais. Ainda assim, os achados obtidos fornecem uma base sólida para o desenvolvimento de práticas de enfermagem mais seguras e efetivas no contexto da alta hospitalar de idosos com insuficiência renal.

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar os elementos essenciais para o plano de alta de enfermagem de idosos com insuficiência renal em transição do hospital para o domicílio. Foram, então, descritos 9 (nove) desses elementos necessários para garantir a transição segura da alta hospitalar do idoso em IR, que são: a avaliação do paciente; a sua educação e a dos seus cuidadores; o gerenciamento da medicação; o monitoramento da saúde; o apoio psicossocial; o plano de atividade física; a nutrição; o ambiente seguro e a continuidade dos cuidados.

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

Em suma, a implementação de um plano de alta não só melhora a qualidade dos cuidados prestados, mas também promove uma abordagem mais humanizada e eficiente no processo de transição do paciente para o ambiente pós-alta.

Futuras pesquisas podem se concentrar no desenvolvimento de intervenções para melhorar a autogestão da doença renal crônica e na implementação de programas de treinamento para profissionais de saúde, visando melhorar o suporte a pacientes com literacia em saúde.

## AGRADECIMENTOS

Ao apoio financeiro recebido da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, A. M. et al. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. **Revista Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018.
- ALLEN, J. et al. Older people and their families' perceptions about their experiences with transitional care. *Journal of Aging Studies*, [S.l.], v. 46, p. 29–37, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.03.001>.
- ARAÚJO, F. S. R. **O planejamento da alta hospitalar pelo enfermeiro aos clientes das unidades de clínica médica e cirúrgicas**: perspectiva da complexidade em saúde numa atitude transdisciplinar. Orientador: Enéas Rangel Teixeira. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2012.
- BARRETO, E. F. et al. Incidence of serum creatinine monitoring and outpatient visit follow-up among acute kidney injury survivors after discharge: a population-based cohort study. **American Journal of Nephrology**, Basel, New York, v. 52, n. 10-11, p. 817-826, 2021.
- BECK, C. K. et al. Disregarded voices in the transition process from hospital to home: Elderly patients' and relatives' experiences in two healthcare systems. *Health Expectations*, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 169–179, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13774>.
- BOONSTRA, M. D. et al. A longitudinal qualitative study to explore and optimize self-management in mild to end stage chronic kidney disease patients with limited health literacy: perspectives of patients and health care professionals. **Patient Education and Counseling**, Princeton, New Jersey, v. 105, n. 1, p. 88-104, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (org.). Universidade Federal do Maranhão. **Nefrologia: tratamento e prevenção**. São Luís: UFMA: UNA-SUS, 44 f. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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 as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar. **Cuidado domiciliar: diretrizes e orientações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_domiciliar\\_diretrizes\\_orientacoes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_domiciliar_diretrizes_orientacoes.pdf). Acesso em: 6 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 164 p. ISBN 978-65-5993-455-3. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cuidados\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf).

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken, New Jersey, v. 8, n. 2, p. 102-109, 2012.

CARDOSO, D. et al. Transition to the Role of Family Caregiver of Older Adults After a Stroke: A Specific Theory. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 51, n. 3, p. 332–340, 2019.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. Transitions: a nursing concern. In: CHINN, P. L. (Ed.). *Nursing research methodology: issues and implementation*. Rockville, MD: Aspen, 1986. p. 237–257.

COSTA, L. G. F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, Barueri, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 137-145, 2016.

FERREIRA, Ó. M. R.; BAIXINHO, C. L. Strategies to implement the safe hospital-community transition and mitigate hospital readmissions. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 11, n. 1, p. 2-3, 2021.

FLESCH, L. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014.

GREER, R. C. et al. Hospital discharge communications during care transitions for patients with acute kidney injury: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**, London, England, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016.

GUIMARÃES, L. G.; SILVA, L. M. Aplicabilidade da Teoria da Transição no cuidado de enfermagem a pacientes com doenças crônicas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2242-2249, 2016.

HAINES, R. W. et al. Long-term kidney function of patients discharged from hospital after an intensive care admission: observational cohort study. **Scientific Reports**, London, England, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2021.

HENDERSON, A. et al. Transition to Adulthood for Young People with Medical Complexity: An Integrative Literature Review. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 56, p. 28–36, 2021.

IM, E. O. Critical Evaluation of Afaf Meleis's Transition Theory: Strengths, Limitations and Applications in Nursing Education. **Nursing Outlook**, v. 62, n. 6, p. 456–465, 2014.

KARAYURT, O. et al. We Can Cross the Breast Cancer Surgery Gateway With Meleis' Transitions Theory. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 23, p. 19–25, 2019.

KARLSSON, M. et al. Meleis's Theory of Nursing Transitions and Relatives' Experiences of Nursing Home Entry. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 5, p. 1006–1016, 2019.

MALTA, D. C.; PEREIRA, C. A. Noncommunicable diseases and injuries and health surveys. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2023. Suplemento.

MELEIS, A. I. (ed.) **Transitions theory**: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A. I. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, Germantown, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott, 2000.

MELEIS, A. I. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer, 2010.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In: MELEIS, A. I. (ed.) **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. p. 65-72.

MELEIS, A.I.. Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. **Nursing research**, v. 24, n. 4, p. 264-271, 1975.

NEVES, P. D. M. M. *et al.* Brazilian dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Brazilian Journal Nephrology**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020.

PATEL, S.; BECHMANN, S. High-Quality Discharge Summaries for Safe Transitions of Care. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 38, p. 3197–3201, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08159-7>.

SCHUMACHER, K. L.; JONES, P. S.; MELEIS, A. I. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In: HINSON, J. A. (Ed.). *Gerontological nursing: concepts and practice*. Philadelphia: Lippincott, 1999. p. 31–47.

SILVER, S. A. *et al.* Improving care after acute kidney injury: a prospective time series study. **Nephron**, Basel, New York, v. 131, n. 1, p. 43-50, 2015.

SILVER, S. A. *et al.* What insights do patients and caregivers have on acute kidney injury and posthospitalisation care? A single-centre qualitative study from Toronto, Canada. **BMJ Open**, London, England, v. 8, n. 6, p. 1-8, 2018.

SOARES, C. B. *et al.* Integrative review: concepts and methods used in nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 329-339, 2014.

SUN, M. *et al.* Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: a meta-synthesis of qualitative studies. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, Switzerland, v. 11, p. 1-13, 2023.

TAYLOR, J. Renal system 4: causes, diagnosis and treatment of chronic kidney disease. **Nursing Times**, London, England, 24 April 2023. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/renal/renal-system-4-causes-diagnosis-and-treatment-of-chronic-kidney-disease-24-04-2023/>. Acesso em: 28 ago. 2024.

TESTON, E. F. *et al.* Readmissão hospitalar de idosos na perspectiva de seus cuidadores. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 01-09, 2016.

THANAPONGSATORN, P. *et al.* Comprehensive versus standard care in post- severe acute kidney injury survivors, a randomized controlled trial. **Critical Care**, London, England, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021.

TOMAZELA, L. M. *et al.* Transição do cuidado hospitalar para o domicílio na perspectiva de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 1, e20220521, 2023.

VAN DIPTEN, C. *et al.* Referring patients with stable moderate-to-advanced chronic kidney disease back to primary care: a feasibility study. **BJGP Open**, London, England, v. 6, n. 2, p. 1-12, 2022.

WERMECK, F. (ed.). **Nefrologia em geriatria**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, England, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILLIAMS, L. A. Disclosing and Discussing the Role of Spirituality in the Transition Theory of Afaf Meleis. **Journal of Holistic Nursing**, v. 36, n. 4, p. 364–374, 2018.

WU, V. C. *et al.* Nephrologist follow-up care of patients with acute kidney disease improves outcomes: Taiwan experience. **Value in Health**, Malden, Massachusetts, v. 23, n. 9, p. 1225-1234, 2020.

YILMAZ, M.; TERZIOGLU, F. The Effect of Online Infant Care Education and Postpartum Counseling Based on Meleis's Transition Theory on Mothers' Self-Esteem and Infant Health. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 56, p. e19–e26, 2021.