

Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem

Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice

Cuidado transicional de rehabilitación y continuidad de atención al paciente como práctica avanzada de enfermería

Ana Rita Cardoso Pedrosa^{I,II}

ORCID: 0000-0002-9932-3963

Óscar Ramos Ferreira^{II}

ORCID: 0000-0002-1703-347X

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho^{II}

ORCID: 0000-0001-7417-1732

^IHospital de Vila Franca de Xira. Vila Franca de Xira, Lisboa, Portugal.

^{II}Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Como citar este artigo:

Pedrosa AR, Ferreira ÓR, Baixinho CL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice.

Rev Bras Enferm. 2022;75(5):e20210399.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>

Autor Correspondente:

Ana Rita Cardoso Pedrosa
E-mail: anaritapedrosa@esel.pt

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena do Espírito Santo

Submissão: 08-07-2021 **Aprovação:** 08-10-2021

RESUMO

Objetivos: Analisar as necessidades, elementos facilitadores e dificultadores, de cuidados transicionais de reabilitação. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura para responder à questão “Quais as intervenções de enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/idosa dependente no regresso a casa, após hospitalização?”. **Resultados:** Existe uma baixa participação da pessoa no seu planeamento da alta e na tomada de decisão no regresso a casa. Os cuidadores informais referem distanciamento dos profissionais durante a internação e que a realização de orientações é tardia. Os profissionais de saúde envolvidos apontam como dificuldade a falta de tempo da equipe para este cuidado. **Considerações Finais:** É fundamental garantir formação, acompanhamento e coordenação entre níveis de cuidados. A integração de cuidados pode reduzir o tempo de internação e as complicações pós-alta. O cuidado transicional contribui para um sistema de saúde sustentável, o incremento da qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes. **Descritores:** Cuidado Transicional; Continuidade da Assistência ao Paciente; Prática Avançada de Enfermagem; Hospitalização; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the needs and facilitating and hindering elements related to transitional rehabilitation care. **Methods:** Integrative literature review oriented toward answering the question “What nursing interventions guarantee transitional rehabilitation care to dependent adult or elderly people when they return home after hospitalization?”. **Results:** The patients did not participate much in the planning of hospital discharge and decision-making when they had to return home. Informal caretakers reported that professionals showed detachment during hospitalization and delayed guiding instructions. Health professionals mentioned lack of time to offer this care modality as a difficulty. **Final considerations:** Ensuring training, follow-up, and coordination between care levels is essential. Care integration can reduce hospital stay and the impact of post-discharge complications. Transitional care contributes to a sustainable health system, higher care quality, and client satisfaction. **Descriptors:** Transitional Care; Continuity of Patient Care; Advanced Practice Nursing; Hospitalization; Patient Discharge.

RESUMEN

Objetivos: Analizar las necesidades, elementos facilitadores y dificultadores de cuidados transicionales de rehabilitación. **Métodos:** Revisión Integrativa de Literatura, respondiendo la pregunta: “¿Cuáles intervenciones de enfermería garantizan la continuidad de cuidados de rehabilitación al adulto/anciano dependiente en su regreso luego de una internación?”. **Resultados:** Existe baja participación de la persona en la planificación de su alta y en la toma de decisiones al regresar a casa. Los cuidadores informales refieren distanciamento de los profesionales durante la internación, y que la transmisión de enseñanzas es tardía. Los profesionales de salud alegan como dificultad la falta de tiempo del equipo para estos cuidados. **Consideraciones Finales:** Resulta esencial garantizar la formación, seguimiento y coordinación entre niveles de cuidados. La integración de cuidados puede reducir el tiempo de internación y las complicaciones postalta. El cuidado de transición favorece un sistema de salud sostenible, un aumento cualitativo del cuidado y la satisfacción de los pacientes. **Descriptor:** Cuidado de Transición; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería de Práctica Avanzada; Hospitalización; Alta del Paciente.

INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de doenças crônicas e doenças incapacitantes na população acarreta a necessidade de internação hospitalar, transição entre níveis de cuidados e necessidade de adaptação no regresso ao domicílio. É inquestionável a necessidade de adequar a resposta dos Sistemas de Saúde de forma a combater a possível fragmentação de cuidados que se pode manifestar por meio de orientações de tratamento confusas para a pessoa (com uma forte probabilidade de erros e duplicações), num seguimento não adequado assim como na falta de preparação/informação da pessoa e dos cuidadores informais. Por isso, é fundamental diminuir a assimetria de informação entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde e ainda disponibilizar mais informação aos usuários dos serviços de saúde⁽¹⁻²⁾.

Desde o ano de 2016 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a problemática e sugere estratégias e políticas de intervenção para a consolidação dos serviços de saúde centrados na pessoa, nomeadamente por meio da capacitação da pessoa e comunidade; do reforço da gestão e responsabilidade (quer com a participação do cidadão na reformulação das políticas de cuidados, quer na harmonização das estratégias entre setor público e privado, por exemplo); da reorganização do modelo de cuidados; da coordenação dos serviços multissetoriais, de acordo com as necessidades e a procura das pessoas; da promoção de um ambiente propício à implementação das estratégias transformacionais anteriores⁽³⁾. Para tal, a OMS destaca, como prática prioritária, o desenvolvimento de cuidados transicionais sustentado em enfermagem de prática avançada, sendo o impacto desse modelo de cuidados muito claro. Dessa forma, é possível reduzir custos hospitalares e taxas de readmissão, gerir os cuidados a partir do domicílio, por exemplo, obter *outcomes* idênticos ou mais satisfatórios do que os conseguidos com as pessoas que se encontram em internação hospitalar, reforçando uma redução de custos, com um impacto de, sensivelmente, 17%⁽³⁾.

Nesse sentido, destaca-se o cuidado transicional como uma resposta pertinente às necessidades de saúde, o qual pode ser definido como um conjunto de ações que visam assegurar a continuidade da assistência em cuidados de saúde entre os diferentes níveis de cuidados ou na transferência de local onde decorre a sua prestação. Nessa situação, pode existir alteração no estado funcional ou de saúde do cliente, principalmente na população idosa, necessitando de ser preparado para a nova situação⁽⁴⁾.

Indubitavelmente as transições de saúde-doença que geram dependência, não permitindo a recuperação funcional para os níveis pré-hospitalização, implicam toda uma adaptação da pessoa à sua nova situação de dependência e da família, para garantir o autocuidado após o regresso a casa⁽⁵⁾.

Os estudos demonstram os benefícios atribuídos à continuidade de cuidados, nomeadamente uma maior capacidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas e, por isso, uma adequada individualização do cuidado; melhoria da relação entre clientes-famílias e prestadores de cuidados; redução do uso indevido dos serviços de saúde e, por isso, uma eventual redução dos custos; aumento de satisfação dos clientes com o serviço e do profissional de saúde com o seu trabalho^(1,4-5).

Outra área de consenso é a necessidade de introdução de instrumentos que avaliem as necessidades da pessoa⁽⁵⁻⁶⁾ para

individualizar a intervenção dos cuidadores que asseguram o cuidado à pessoa dependente nesse período de tempo. Curiosamente a maioria dos estudos centram a sua atenção em dois contextos estanques - hospital ou comunidade -, sem a discussão da continuidade de cuidados relacionada com a transição entre esses dois níveis de cuidados⁽⁶⁾.

As pesquisas sobre o cuidado transicional que permite a continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação são escassas e não sistematizam a intervenção dos profissionais, o que tem implicações no desenvolvimento de políticas de saúde para a continuidade de cuidados de reabilitação. Na verdade, são escassos os estudos publicados com foco nos cuidados de reabilitação.

OBJETIVO

Analisar as necessidades, elementos facilitadores e dificuldades, de cuidados transicionais de reabilitação.

MÉTODOS

Aspetos éticos

Esta é uma revisão da literatura que utilizou, como amostra, artigos, e não seres humanos. Como tal não foi solicitado parecer à Comissão de Ética. Todavia os pesquisadores nortearam a sua pesquisa com respeito pelos princípios da integridade. A elaboração da questão e o protocolo do estudo respeitaram os princípios da clareza, precisão, objetividade e delimitação, possibilitando rigor nos resultados e a sua apropriação para a clínica e as políticas de saúde sobre o tema. Foi garantido rigor nos diferentes procedimentos metodológicos, para assegurar a validade do estudo. A extração e a análise dos dados da amostra bibliográfica foram realizadas por dois investigadores independentes, com o devido respeito pela pesquisa e pelos resultados obtidos pelos outros investigadores. Também a referência dos autores que suportaram a elaboração deste artigo seguiu as recomendações da boa prática académica e científica.

Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura⁽⁷⁾. Nesse sentido, procedeu-se à aplicação de um protocolo pré-definido, de seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, (3) definição das informações a serem extraídas, (4) avaliação dos artigos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁷⁾.

Para responder à questão de investigação "Quais os cuidados de enfermagem que garantem a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa adulta/ idosa no regresso a casa, após hospitalização?", utilizou-se a mnemónica PICO.

Crítérios de inclusão e estratégia de pesquisa

Foram definidos como critérios de elegibilidade: estudos com adultos e/ou idosos (≥ 18 anos); identificação do domicílio como destino de alta hospitalar; Índice de Barthel com escore igual ou

inferior a 90; estudos quantitativos ou qualitativos; artigos que incluíssem pelo menos reavaliação das intervenções até 30 dias após a alta clínica; artigos publicados entre 2015-2020, com texto integral disponibilizado gratuitamente; idioma português, espanhol ou inglês. O critério para a definição de um limite temporal de 2015 a 2020 baseou-se na atualidade dos resultados.

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados eletrônicas EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), Pubmed e Web of Science, considerando ser as mais adequadas ao objetivo do estudo por incluírem artigos da área da saúde e das ciências sociais.

Os descritores foram adequados a cada uma das bases, nomeadamente: *Transitional Care, Patient Transfer, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing, Physical and Rehabilitation Medicine, aged and adult* (para a pesquisa na Cinahl e Medline) e *transitional care, readiness discharge, discharge planning, patient discharge, continuity of care, continuity of patient care, continuous care, patient rehabilitation, rehabilitation nursing, rehabilitation care, physical rehabilitation, rehabilitation, rehabilitation health, rehabilitation therapy, rehabilitation treatment, rehabilitation medicine, rehabilitative intervention, rehabilitative, dependent patients, dependent person, adult, elderly, elderly adults, elderly patients, elderly person, aged, aged human, nurs** (para a pesquisa na Pubmed e Web of Science).

Os títulos, resumos e artigos completos foram analisados por dois investigadores independentes, de forma a garantir que os estudos relevantes fossem considerados de acordo com os critérios de inclusão definidos.

Coleta e organização dos dados

Com base na questão orientadora, a pesquisa foi desenvolvida entre outubro e dezembro de 2020.

Foram identificados 138 artigos na EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), 1.044 na Pubmed e 56 na Web of Science, traduzindo-se em 1.238 artigos potencialmente relevantes. Não se identificaram artigos em duplicado. Com base nos critérios de inclusão, foram excluídos 1.038.

Dos 200 artigos selecionados e por meio de sua análise pelos investigadores independentes, pela leitura do título, foram excluídos 152 artigos e 3 pela leitura do resumo. Após a leitura completa, foram incluídos, na presente revisão, 11 artigos que respondem à questão de investigação.

Análise dos achados

A síntese temática foi utilizada no presente estudo, para explorar a questão de pesquisa. Cada artigo foi resumido e organizado de acordo com os seguintes itens: identificação do estudo (autor, ano de publicação, país), objetivo, tipo de estudo, amostra e resultados.

Quadro 1 – Estudos constituintes da amostra bibliográfica, Lisboa, Portugal, 2021

Referência	País/Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo	Desfechos
E1 ⁽⁹⁾	Noruega 2015	Revisão literatura n= 30 artigos	Dar a conhecer uma visão geral dos estudos, incluindo a participação da pessoa idosa no cuidado transicional.	A participação da pessoa idosa, no planeamento da alta e tomada de decisão, revela-se baixa, embora fosse sua intenção participar. Os autores recomendam ter em consideração a implementação de ferramentas para apoiar a participação da pessoa com vista à melhoria do cuidado transicional da pessoa idosa.

Continua

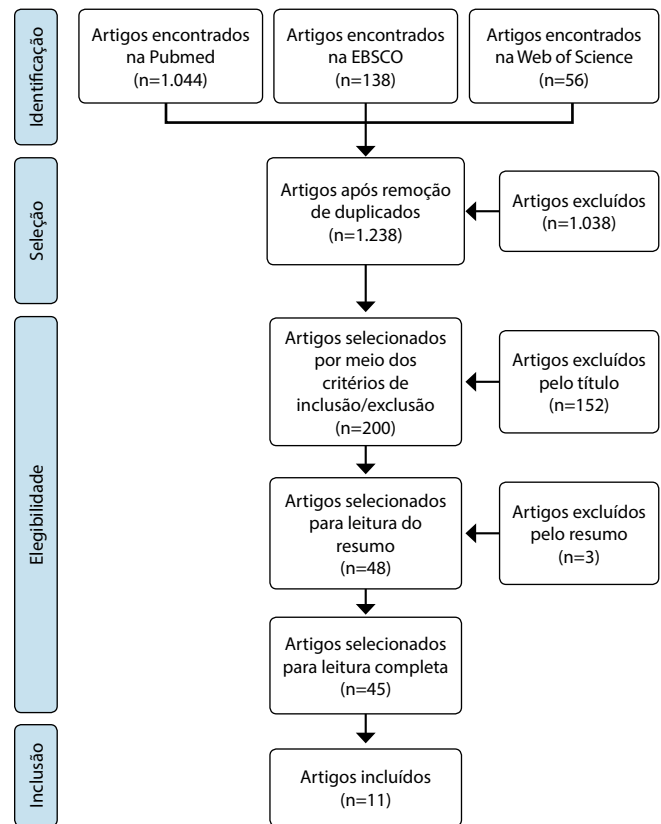


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos, Lisboa, Portugal, 2021

No sentido de sistematizar a informação obtida, os resultados dos artigos que permitem responder à questão de investigação foram extraídos e analisados. Aplicou-se análise de conteúdo segundo Bardin⁽⁸⁾ aos achados qualitativos. Dois investigadores realizaram a codificação, a qual foi posteriormente aferida pela equipe de investigação, constituída por dois elementos, para aumentar a fidedignidade.

RESULTADOS

Dos estudos constituintes da amostra bibliográfica (Quadro 1), três foram publicados em 2015⁽⁹⁻¹¹⁾, quatro em 2017⁽¹²⁻¹⁵⁾, um em 2018⁽¹⁶⁾ e três em 2019⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Dois deles são revisões de literatura com metodologia científica^(9,13). Os estudos primários distribuem-se por abordagens qualitativas^(12,16-17) e quantitativas, contemplando estudos observacionais longitudinais^(11,18) e ensaios clínicos randomizados^(10,14-15,19). Não obstante, apesar das diferenças entre essas abordagens e da metodologia que utilizam, a interpretação das fontes permite dar resposta à questão de investigação.

Continuação da Quadro 1

Referência	País/Ano	Tipo de estudo Amostra	Objetivo	Desfechos
E2 ⁽¹⁰⁾	China 2015	Ensaio Clínico Randomizado n= 108	Testar a eficácia de um programa de cuidados transicionais desenvolvido em quatro semanas, conduzido pelo Enfermeiro.	O grupo de intervenção apresentou melhores resultados espirituais-religiosos-pessoais, maior satisfação, maior escore do Índice de Barthel Modificado e menores escores de depressão, quando comparado com o grupo, menor readmissão hospitalar e recurso ao serviço de urgência.
E3 ⁽¹¹⁾	Estados Unidos da América 2015	Quantitativo Observacional Longitudinal n=44,473 participantes	Testar se o risco de readmissão está associado à probabilidade do benefício de acompanhamento precoce no domicílio.	O acompanhamento dentro de 14 dias após a alta foi associado a uma redução de 1,5% em readmissões nos estratos de risco mais baixos e uma redução de 19,1% nos estratos de risco mais altos. O acompanhamento em 7 dias foi associado a redução significativa no risco de readmissão da pessoa com múltiplas patologias crônicas, superior a 20%.
E4 ⁽¹²⁾	Austrália 2017	Estudo qualitativo n= 26 participantes	Descrever a experiência da pessoa e cuidadores na transição do hospital para a comunidade.	Todos os participantes relataram a necessidade de se tornar independentes na transição. Os participantes perceberam que uma série de processos sociais apoiava a sua independência no domicílio: relação de apoio com cuidadores, relação com profissionais de saúde, procura de informação, discussão e negociação do plano de cuidados transicionais e aprendizado do autocuidado.
E5 ⁽¹³⁾	Reino Unido 2017	Revisão Sistemática da Literatura n =17 artigos	Comparar o atendimento convencional à pessoa com AVC com os programas de alta precoce com reabilitação implementada na comunidade.	Os serviços com uma política de alta precoce com recursos adequados, com a contribuição da equipe multidisciplinar coordenada, fornecidos para um grupo selecionado de pessoas com AVC podem reduzir a sua dependência de longo prazo e admissão a cuidados institucionais bem como reduzir o tempo de internação hospitalar.
E6 ⁽¹⁴⁾	Reino Unido 2017	Ensaio Clínico Randomizado n= 250 participantes	Comparar a eficácia clínica e de custo de Reabilitação na Comunidade e Cuidado Transicional relativamente aos cuidados de reabilitação hospitalar tradicional.	Não existiu diferença significativa no tempo de permanência quanto às estratégias de intervenção nos dois grupos. Dos participantes que tiveram alta hospitalar, 17% e 13% foram readmitidos dentro de 28 dias, respetivamente. Não existiram diferenças significativas em qualquer um dos outros resultados secundários entre os dois grupos. A diferença de custo associado entre as duas estratégias de intervenção foi estimada em 144 libras.
E7 ⁽¹⁵⁾	Singapura 2017	Ensaio Clínico Randomizado n=840 participantes	Avaliar a eficácia de um modelo que incorpora cuidados transicionais pré-alta hospitalar na redução da utilização dos serviços hospitalares de pessoas com maior risco de readmissão.	Aplicando o conceito de unidade de prática integrada ao programa de enfermaria virtual que incorpora intervenções de cuidados transicionais pré-hospitalares, a hospitalização foi reduzida em um terço. Combinar conceitos compatíveis na integração do cuidado pode produzir resultados sinérgicos, sendo úteis outros estudos para confirmar esse resultado. Os projetos de integração de cuidados devem adaptar novos conceitos promissores aos ambientes e avaliar os resultados, recorrendo a estudos controlados.
E8 ⁽¹⁶⁾	Canadá 2018	Estudo qualitativo n=27 participantes	Explorar os fatores que afetam a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações.	Os cuidadores desempenham um papel importante na transição da pessoa com doença crônica, impactando a capacidade da pessoa em compreender e cumprir indicações para alta. Os autores destacam oportunidades para gestores e instituições para efetivar o envolvimento dos cuidadores na transição de cuidados hospitalares para o domicílio.
E9 ⁽¹⁷⁾	Estados Unidos da América 2019	Estudo qualitativo n=20 participantes	Explorar as experiências dos cuidadores na gestão de necessidades, no âmbito da funcionalidade, no domicílio, em situação pós-aguda.	Os cuidadores desempenham um papel ativo e crítico na gestão das necessidades da pessoa idosa no regresso ao domicílio, após hospitalização. A prestação de cuidados do enfermeiro no domicílio foca-se no apoio e treino dos cuidadores. Compreender a percepção dos cuidadores sobre as suas atividades e o seu papel na gestão das necessidades da pessoa idosa em todas as transições de cuidados pode fomentar novas pesquisas e práticas futuras no contexto pós-agudo.
E10 ⁽¹⁸⁾	Noruega 2019	Quantitativo Observacional Longitudinal n = 3.060 participantes	Comparar a readmissão e mortalidade com base no acompanhamento da pessoa com AVC no domicílio, após alta hospitalar.	Não houve diferenças significativas nas taxas de readmissão ante o acompanhamento precoce. As pessoas com apoio de enfermagem no domicílio e/ou reabilitação tiveram maiores taxas de readmissão aos 90 e 365 dias, em relação ao grupo sem esse suporte. Não houve diferenças significativas em taxas de mortalidade, de acordo com o acompanhamento. As pessoas com cuidados de reabilitação tiveram maior taxa de mortalidade, enquanto a mortalidade de pessoas apenas com apoio de enfermagem no domicílio não diferiu daqueles sem suporte.
E11 ⁽¹⁹⁾	Canadá 2019	Ensaio Clínico Randomizado n=2.494 participantes	Testar a eficácia do Cuidado Transicional centrado na pessoa hospitalizada com insuficiência cardíaca.	Nas pessoas com insuficiência cardíaca em Ontário (Canadá), a implementação de um modelo de cuidado transicional centrado na pessoa em comparação com o cuidado tradicional não revelou melhorias nos resultados clínicos. São necessárias mais pesquisas para testar a eficácia desse tipo de intervenção, podendo ser eficaz em outros sistemas ou locais.

A disparidade geográfica dos artigos é acentuada: dois deles são noruegueses^(9,18), dois canadenses^(16,19), dois do Reino Unido⁽¹³⁻¹⁴⁾, dois dos Estados Unidos da América^(11,17), um da China⁽¹⁰⁾, um australiano⁽¹²⁾ e um de Singapura⁽¹⁵⁾.

A análise de conteúdo dos artigos da amostra bibliográfica permitiu a identificação das seguintes categorias: a pessoa alvo de cuidados transicionais; a família envolvida na transição de cuidados; os profissionais de saúde; estratégias de ação; e políticas de saúde.

A pessoa alvo de cuidados transicionais

A participação e a tomada de decisão da pessoa com dependência são dois focos comuns em várias das investigações que integraram a revisão. Embora a participação da própria pessoa esteja incluída em políticas de saúde e embora seja sua intenção estar envolvida na transição de cuidados, a população idosa demonstra uma baixa participação no planejamento de alta e tomada de decisão. Existem situações descritas em que clientes não tiveram oportunidade de participar nas reuniões familiares, existindo falta de consentimento informado e ausência de clareza no propósito dessas mesmas reuniões – em oposição, as reuniões com o cliente e a família ocasionavam um sentimento de gratidão, compreendendo-se o objetivo de coordenar recursos e aumentar o envolvimento do próprio cliente, apesar do desconforto quando da exposição das suas incapacidades. Os estudos integrados fazem ainda referência a que metade das pessoas relatou não ter recebido informações úteis sobre o seu autocuidado, valorizando a sua preparação nos programas de educação para a saúde que incluem sinais de alerta que podem acarretar a readmissão, plano de gestão terapêutica e educação sobre o seu uso adequado⁽⁹⁾.

A independência é um dos desejos principais da própria pessoa, cuja resposta envolve um esforço integrado nos vários níveis de cuidados, por se revelar uma necessidade de cuidado contínuo e objetivo de recuperação. A independência é igualmente relevante para a população idosa que vive em comunidade, independentemente de possuir previamente suporte para isso⁽¹²⁾.

Outra pesquisa observa que esse período é caracterizado por ansiedade, sendo ambígua a percepção sobre os momentos de educação e treino. Se, por um lado as pessoas com patologias agudas referem existir demasiada informação e instrução no momento de alta, por outro lado, a capacidade das pessoas com patologias crônicas de reter, compreender e cumprir as instruções é indicativo de uma transição bem-sucedida. Os mesmos autores referem que o sucesso no processo de educação para a saúde parece estar associado ao envolvimento dos cuidadores. É valorizado pelo cliente e pela família o envolvimento na transição de cuidados, demonstrando que as pessoas sem cuidador informal manifestaram uma dificuldade acrescida em aderir às consultas de acompanhamento, muitas das vezes identificando-se más experiências e desespero ao discutir a sua realidade em situação pós-aguda⁽¹⁶⁾.

A família envolvida na transição de cuidados

O envolvimento do familiar cuidador pode ser categorizado por diversos papéis em que se destacam: providenciar assistência (associada a tarefas médicas, como administração terapêutica, e

tarefas domésticas, como cozinhar ou conduzir em deslocamentos), ser advogado da pessoa (num papel defensor, de forma a garantir as necessidades e desejos da pessoa, questionar uma decisão médica ou solicitação de recursos), proporcionar vigilância (identificação de sinais e sintomas de alarme), proporcionar conforto (conferindo ambiente e experiência agradáveis, reduzindo a ansiedade da pessoa) e ser tradutor (na adequação da linguagem entre a pessoa e o profissional de saúde)⁽¹⁶⁾.

Reconhecendo a importância de um papel ativo e crítico na gestão das necessidades, existem autores que afirmam que os cuidadores informais, apesar de reconhecerem a evolução da pessoa idosa e eventual agravamento da situação, identificam idênticas necessidades de cuidados, com um agravamento da dependência. Os próprios cuidadores descrevem que os seus papéis e desafios se encontram aumentados após o período de internação hospitalar, e estão relacionados com a incapacidade motora da pessoa, especialmente com a falta de equilíbrio, limitação da força, dor e com as preferências da pessoa (situações específicas de idosos que sempre disseram que não gostariam de ser cuidados por terceiros). É ainda mencionada pelo cuidador a sensação de isolamento, descrevendo a necessidade de cuidar primeiro da pessoa e só depois de si próprio, como resultado de uma obrigação ou retribuição de amor⁽¹⁷⁾.

Em relação à articulação com os profissionais de saúde, os cuidadores referem que a sua preparação provém de experiências anteriores, apontando o seu distanciamento no período de internação, sentindo-se impossibilitados de colocar questões sobre a situação de saúde e cuidados a prestar, considerando tardia a realização de orientações e ainda a ausência de informação escrita. Já no regresso a casa, os cuidadores sentem necessidade de procurar os profissionais de saúde para que possam intervir quando necessário, permanecendo atentos ao trabalho dos profissionais durante os cuidados domiciliários, de forma a compreenderem quais as reais necessidades de saúde (como, por exemplo, eliminação de barreiras arquitetônicas ou seleção de produtos de apoio, como bengala ou andador)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os profissionais de saúde

Em 2015, um estudo identificou que o sucesso do cuidado transicional dependia da reintegração dos fragmentos dos cuidados, à medida que a pessoa transpunha diferentes fases do ciclo de cuidados, afirmando que equipas multidisciplinares por si só demonstraram não ser suficientes, os profissionais necessitam de formação e treino para a implementação da participação da pessoa no seu empoderamento⁽⁹⁾.

Por outro lado, sendo a independência uma necessidade descrita pela pessoa, os cuidados transicionais ideais devem focar-se nessa necessidade e desejo bem como na comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos, com foco na avaliação no momento de alta hospitalar, no plano de cuidados, na preparação da pessoa e cuidador para a transição, na gestão terapêutica no domicílio e na educação da pessoa para a sua autogestão. Na verdade, algumas pessoas e cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais de saúde, afirmando que isso pode ter refletido na descoordenação de cuidados e salientado como exemplos: a não apresentação dos médicos e enfermeiros

envolvidos na prestação de cuidados, a não divulgação do diagnóstico ou a não abordagem da continuidade dos tratamentos. Essas situações contribuem para uma confiança menor por parte da pessoa e do cuidador⁽¹²⁾.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, são apontados como fatores dificultadores para a integração e coordenação dos cuidados e envolvimento da família: a falta de tempo da equipe para esse investimento e a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta⁽¹⁶⁾.

Estratégias de ação e políticas de saúde

Uma revisão da literatura identifica algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional que potencializam a participação da pessoa no seu planejamento de alta e reabilitação, salientando-se as reuniões familiares como estratégia para a integração da pessoa no seu programa de cuidados bem como o plano de alta. Quanto a esse aspecto, estudos demonstram que devem ser incluídos temas como gestão terapêutica, existência de resposta dos cuidados de saúde primários, capacidade para *follow-up* e educação para sinais e sintomas de alerta que indicam agravamento da situação. Nesse sentido, o programa de educação para a saúde apresenta-se como uma ferramenta facilitadora, devendo incluir o ensino de sinais e sintomas de alerta que possam levar à readmissão hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica⁽⁹⁾.

A *checklist* emerge igualmente como uma ferramenta na transição entre níveis de cuidados, devendo incluir temas, como garantir o transporte seguro do hospital para o domicílio, capacidade econômica para aquisição terapêutica, acesso a cuidados de saúde, necessidade de produtos de apoio, existência de uma pessoa de referência próxima com responsabilidade e com capacidade para garantir o cuidado⁽⁹⁾.

Frequentemente as pessoas consideram a sua alta precoce e descrevem dificuldade em gerir a sua situação de saúde no regresso a casa. Nesse sentido, as visitas domiciliares fomentando o envolvimento da família e dos cuidadores informais e a inclusão do desejo da pessoa no processo de tomada de decisão demonstraram ter resultados na readaptação no regresso a casa, sugerindo por esse motivo um modelo de cuidados definido pela pessoa para a sua tomada de decisão e facilitar a sua participação no dia a dia⁽⁹⁾.

Um estudo desenvolvido na China demonstrou a eficácia de um programa de cuidados transicionais de quatro semanas liderado por Enfermeiros (onde se preconiza a existência de um enfermeiro gestor de cuidados holísticos, com formação e treino). O programa envolveu uma avaliação holística pré-alta e planejamento de cuidados de forma estruturada, nas quatro semanas pós-alta, incluindo reuniões familiares, visitas domiciliares, contatos telefônicos, salientando-se a existência de reunião familiar antes da alta clínica, visita domiciliar semanal (sugerindo-se o início de cada semana) e contato telefônico semanal (sugerindo-se o final da semana). O estudo demonstrou existir diferenças significativas na qualidade de vida (nos domínios físico e mental), ainda que apenas o domínio físico tenha demonstrado interação significativa entre tempo e efeito da intervenção. O grupo de pessoas no qual foi aplicado o programa de cuidados transicionais demonstrou melhores resultados no nível espiritual e religioso, maior grau de

satisfação, maior ganho visível pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo menor taxa de readmissão e menor recurso ao serviço de urgência⁽¹⁰⁾.

O benefício associado ao acompanhamento no domicílio pode ser variável segundo a complexidade da situação de saúde da pessoa. O *follow-up* num período de sete dias foi associado a uma redução substancial do risco de readmissão em pessoas com elevada complexidade clínica (e que corresponderia a uma maior probabilidade desse acontecimento); em situações em que se preveja que o risco de readmissão seja superior a 20%, os estudos revelam que pode ser evitada readmissão de uma em cada cinco pessoas a quem tenha sido realizado *follow-up* num período de catorze dias. Ainda assim, importa refletir que o estudo demonstrou limitações, como não contextualizar preditores de readmissões como o estado funcional, literacia em saúde, contexto social e suporte familiar e/ou de cuidador⁽¹¹⁾.

Um programa de alta precoce com recursos adequados e coordenados permite às equipas de saúde oferecer um plano de ação eficaz, nomeadamente em situações de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sugerindo se considerarem as Unidades AVC como prestação de cuidados adicional, demonstrando ser eficaz relativamente ao conjunto de ações padrão em cuidados de unidade dessa tipologia. Segundo os mesmos autores, o benefício dos programas de alta precoce advém de uma equipa multidisciplinar cujo trabalho deve ser coordenado por meio de reuniões regulares. A composição da equipa multidisciplinar deve contemplar profissionais de várias áreas de intervenção, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, equipe de apoio médico, enfermagem e assistente social. Embora não seja possível encontrar evidência de que a configuração do serviço hospitalar ou da comunidade influencie resultados (exceto o tempo de internação em que parece não existir diferença significativa com foco na reabilitação na população idosa), todas as equipas relatadas possuíam, na sua constituição, um especialista em AVC ou reabilitação, ou ambos⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Um estudo desenvolvido na Noruega comparou as pessoas em fase pós-aguda por AVC que tiveram acesso a *follow-up* após a alta e um grupo de pessoas que não tiveram acesso a essa estratégia, concluindo-se que não existiu qualquer diferença na readmissão hospitalar (salientando que os motivos de readmissão não se encontravam diretamente relacionadas com AVC), existindo diferença significativa na taxa de mortalidade nas pessoas que tiveram acompanhamento após alta clínica. Tal como o estudo anterior, e apesar dos seus pontos fortes, foram apresentadas pelos autores limitações, como a incapacidade de acessar a informação sobre os cuidados domiciliares (apenas são categorizados como presença/ausência dessa tipologia de cuidados) e incapacidade de determinar os motivos de readmissão⁽¹⁸⁾.

Um outro estudo realizado no Canadá demonstrou não existir diferença significativa em pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio incluídas num programa de cuidado transicional relativo aos cuidados habituais, no que diz respeito à taxa de readmissão, recurso ao serviço de urgência ou morte após três meses de alta clínica. No entanto, foi possível identificar diversas limitações ao estudo identificadas pelos autores, nomeadamente incluir apenas hospitais de zona urbana com um único sistema de saúde, não monitorizar a utilização de recursos da comunidade durante a

permanência no domicílio e não monitorizar a adesão da pessoa ao planejamento de alta⁽¹⁹⁾.

DISCUSSÃO

A presente revisão da literatura demonstra que, apesar da frequente transição entre níveis de cuidados, os cuidados transicionais de reabilitação nem sempre existem e tal fato tem um risco acrescido de cuidados fragmentados, de eventos adversos e complicações no pós-alta. As quatro categorias que emergiram da análise de conteúdo são: a pessoa alvo de cuidados transicionais, a família envolvida na transição de cuidado, os profissionais de saúde, estratégias de ação e políticas de saúde.

Em relação à categoria “a pessoa alvo de cuidados transicionais”, os estudos observaram que a cronicidade de diversas patologias, a incapacidade motora e cognitiva e a polimedicação como fatores que conduzem a cuidados complexos e à necessidade de a pessoa adulta/idosa ser acompanhada em diferentes níveis de cuidados acarretam um risco crescente de cuidados fragmentados e possibilidade de eventos adversos. Impera, por isso, o desafio de interação, coordenação e integração entre os prestadores de cuidados em diferentes níveis de cuidados, garantindo o planejamento de alta e acompanhamento posterior seguros^(9,18), com envolvimento da pessoa e do seu cuidador, em todas as etapas do cuidado transicional^(2,5-6).

Não obstante, a transição entre os níveis de cuidados, muitas das vezes, não é passível de planejamento, apresentando repercussões na preparação da pessoa e família/cuidadores, contribuindo para readmissões hospitalares. Os motivos para a readmissão são certamente variáveis, sendo que um dos componentes mais importantes é a avaliação dos recursos da comunidade com adequada resposta às necessidades da pessoa^(9,14,20). Uma pesquisa realizada na França estima que, para pacientes com 75 anos ou mais, a taxa de readmissão hospitalar dentro de 30 dias seja de 14%, sendo um quarto evitável⁽²⁰⁾.

Dominando a necessidade e o contributo dos cuidados transicionais, importa explorar a experiência na transição de cuidados. Num estudo desenvolvido na Austrália, é possível destacar seis temas identificativos dessa experiência, nomeadamente: a necessidade da própria pessoa em tornar-se independente, aprender sobre o autocuidado, a relação de apoio com os cuidadores, a relação com os profissionais, a procura de informações e, por fim, a discussão e negociação do plano de cuidados transicionais⁽¹²⁾.

Dos resultados da revisão da literatura, a participação, a tomada de decisão e a autonomia são temas identificados, pela própria pessoa, como fundamentais. Diversos estudos referem que, embora exista intenção em estar envolvida na transição de cuidados, existe uma baixa participação da pessoa no planejamento de alta e tomada de decisão, salientando que não receberam informações úteis^(2,5,9).

No que concerne à categoria “a família envolvida na transição de cuidados”, os cuidadores familiares e informais referem que a sua preparação provém de experiências anteriores, salientando o distanciamento com os profissionais durante o período de internação. Isso se traduz na dificuldade em colocar questões sobre a situação e nos cuidados a prestar, considerando tardia a realização de orientações e, como aspeto menos positivo, a ausência de informação escrita⁽¹⁶⁾.

Estudos demonstram que algumas pessoas/cuidadores apontaram experiências negativas com os profissionais, com reflexo na descoordenação de cuidados, contribuindo para uma confiança menor no processo. Já os profissionais apontam, como dificuldades no processo de transição, a falta de tempo da equipe para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos seus cuidados pós-alta^(12,16).

A transição para o papel de cuidador informal é complexa e implica um esforço nos níveis físico, cognitivo e emocional. Por isso, está muitas vezes associada a um aumento da incidência de doenças a que se junta um conjunto de necessidades económicas, sociais e comunitárias muitas vezes desencadeadas pelo abandono do trabalho – fonte de receitas económicas, afastamento dos amigos e da rede de suporte social. Por outro lado, esses cuidadores podem estar também experimentando transições de saúde-doença, com necessidade de intervenção de enfermagem, uma vez que a maioria é de mulheres com idade média superior a 65 anos, com doenças crônicas que precisam gerenciar, junto com o planejamento dos cuidados ao seu familiar doente e dependente⁽¹⁸⁾.

Uma RIL que teve por finalidade identificar as necessidades de cuidados transicionais para os cuidadores agrupou-as em cinco categorias: necessidades na transição para o papel de cuidador, necessidades do cuidado dele próprio, necessidades de saúde, necessidades económicas e necessidades sociais e comunitárias⁽⁵⁾. Outro estudo apontou o suporte emocional provavelmente como a intervenção que mais aparece descrita na literatura enquanto prioritária para os cuidadores, já que a sua ausência pode dificultar a sua adaptação ao novo papel e contribuir para um aumento da sobrecarga e diminuição do seu bem-estar e da sua saúde, podendo levar à diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao idoso dependente⁽²¹⁻²²⁾.

No que respeita aos profissionais de saúde envolvidos no processo de transição de cuidados, eles identificaram que o sucesso do cuidado transicional depende da reintegração dos fragmentos dos cuidados, à medida que a pessoa transpõe os diferentes níveis de cuidados. No entanto, os profissionais identificaram barreiras à integração e coordenação dos cuidados e ao envolvimento da família, tais como a falta de tempo da equipe para esse investimento, a complexidade da saúde da pessoa e dos cuidados a serem prestados pós-alta⁽¹⁶⁾. Outros autores observaram as dificuldades de comunicação e articulação entre níveis de cuidados como um impeditivo para uma resposta integrada às necessidades da população com problemas complexos de saúde-doença⁽²³⁻²⁴⁾.

Destacam-se algumas ferramentas e intervenções para o cuidado transicional que potencializam a participação da pessoa no seu planejamento de alta e reabilitação, nomeadamente: reuniões familiares que incluam a participação da pessoa; elaboração de um plano de alta; existência de *checklist* respeitando as necessidades de cuidados identificadas pela pessoa e pelo cuidador, recursos da comunidade disponíveis, necessidade de produtos de apoio, entre outras; definição de um programa de educação para a saúde (incluindo sinais e sintomas de alerta que possam levar a reinternação hospitalar, autogestão da situação de saúde e gestão terapêutica); visitas domiciliárias que possam incluir o processo de tomada de decisão da pessoa, envolvendo a família e os cuidadores, facilitando a participação no seu dia a dia⁽⁹⁾.

Os resultados permitem alertar para o fato de que as estratégias de ação e políticas de saúde são necessárias para incrementar a coordenação e a integração vertical dos cuidados tanto comunitários quanto hospitalares. Tal integração continua a revelar-se como um desafio persistente, com repercussão já demonstrada na tendência para redução do tempo de internação, acompanhamento domiciliar e, conseqüentemente, redução da taxa de ocupação de leitos hospitalares. Garantir essa coordenação entre níveis de cuidados, considerando os riscos em diferentes fases do ciclo, e garantir o cuidado transicional é imperativo para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais sustentável^(15,18).

De acordo com a amostra bibliográfica, não parece existir uma conclusão direta que permita afirmar que a integração do cuidado transicional se traduz na redução das taxas de readmissão ou na taxa de mortalidade. Em contrapartida, a maioria dos estudos demonstra uma repercussão positiva no desenvolvimento de programas de cuidados transicionais, como melhores resultados a nível espiritual e religioso, maior grau de satisfação, maior ganho visível do nível de independência da pessoa e de quais as suas incapacidades específicas pela aplicação da Escala de Barthel, menor pontuação na avaliação de estado depressivo menor taxa de readmissão e menor procura ao serviço de urgência⁽¹⁰⁾.

Corroboramos a opinião dos autores que apontam que as intervenções que “fazem a ponte” entre o hospital e o domicílio e envolvem um profissional designado (geralmente enfermeiro) são as mais eficazes na redução do risco de readmissão^(20,23-24), mas são necessários mais estudos sobre a sua efetividade e sobre a intervenção do enfermeiro como gestor do processo.

Limitações do Estudo

As limitações desta pesquisa são decorrentes do próprio método e dos critérios de elegibilidade dos estudos, pois a aceitação de estudos com metodologias e níveis de evidência diferentes não permite extrair o grau de evidência. Por outro lado, a inclusão de estudos apenas em português, espanhol e inglês, bem como de acesso gratuito, poderá ter excluído artigos que ajudariam a responder à questão de pesquisa.

Contribuições para a Área

Os resultados obtidos podem contribuir para a formação e treino dos profissionais de saúde e para a implementação da participação da pessoa e do seu familiar ou cuidador no processo de transição do hospital para a comunidade, capacitando-os. Os profissionais de saúde devem facilitar o cuidado transicional por meio de práticas que coloquem a pessoa no centro dos cuidados, valorizando a escuta ativa e utilizando uma linguagem adequada, facilitando a capacitação e a participação na tomada de decisão, em colaboração com os profissionais de saúde. As pessoas e familiares cuidadores necessitam ser informados sobre

o seu direito de participar na decisão relativamente às suas necessidades e nível de acompanhamento. A evidência científica fornece ferramentas e intervenções promotoras da transição dos cuidados, destacando o Enfermeiro como elo de coordenação. O Enfermeiro, recorrendo à prática avançada, assume um papel de liderança no processo de continuidade de cuidados, devendo integrar o cuidado transicional enquanto prática prioritária, já que a sua implementação de forma estruturada contribui para a continuidade de cuidados, otimiza os recursos de saúde disponíveis, eleva a qualidade de cuidados e fomenta um sistema de saúde mais sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre o cuidado transicional de reabilitação são escassos. Os que existem identificam riscos, mas não avaliam a efetividade das intervenções de reabilitação, salientando-se que a amostra bibliográfica não contempla nenhum estudo desenvolvido em Portugal. Dos estudos elegíveis, os países que possuem a referida Especialidade em Enfermagem (como o Canadá, Inglaterra e Estados Unidos da América) trabalham com o princípio de que Enfermagem de Reabilitação é uma filosofia de cuidado (e que a reabilitação se encontra implícita no exercício profissional), não se concretizando como área de conhecimento ou atuação profissional.

A presente revisão da literatura demonstra que a participação da pessoa idosa no cuidado transicional encontra-se frequentemente relacionada com o planeamento da alta e o regresso ao domicílio. Os resultados demonstram que a população mais velha não participa, de forma assídua, da discussão sobre o seu planeamento da alta, sendo que, mesmo que estejam presentes em momentos de reunião/discussão do seu plano de cuidados, não são solicitados nem valorizados sua opinião e seus desejos/objetivos.

Com o desenvolvimento do presente estudo, foi possível identificar diversas estratégias e ferramentas implementadas para apoiar a participação da população idosa no cuidado transicional e minimizar o risco da fragmentação de cuidados. Dentre estas, salientam-se os programas liderados por enfermeiros, a realização de reuniões multidisciplinares regulares, a existência de *checklist* de preparação para a alta e a monitorização por meio de *follow-up*.

A coordenação e integração dos cuidados da comunidade com os cuidados hospitalares revela-se um desafio persistente, demonstrando tendência para reduzir o tempo de internação, acompanhamento domiciliar e, conseqüentemente, a taxa de ocupação de leitos hospitalares. Equipes multidisciplinares por si só demonstram não ser suficientes. É necessário garantir formação, acompanhamento e coordenação entre os níveis de cuidados.

Conclui-se que garantir o cuidado transicional é imperativo para se desenvolver um sistema de saúde sustentável, incrementar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos profissionais e clientes.

REFERÊNCIAS

1. Melo R, Rua M, Santos C. Support and training of family caregivers: nursing intervention program. Rev Mill. 2018;2(5):73–80. <https://doi.org/10.29352/mill0205.07.00171>

2. Paniagua DV, Ribeiro MPH, Correia AM, et al. Project K: Training for hospital-community safe transition. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl.5):2264-71. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
3. World Health Organisation (WHO). *Continuity and Coordination of Care: a practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services.* WHO: Geneve. 2018
4. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):294-301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
5. Ferreira BAS, Gomes TJB, Baixinho CL, Ferreira ÓMR. Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3): e20200394. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
6. Ferreira E, Lourenço O, Costa P, Pinto SC, Gomes C, Oliveira AP, et al. Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(1):147-53. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011
9. Dyrstad DN, Testad I, Aase K, Storm M. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognit Tech Work.* 2015;17(1):15-34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
10. Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2015;23(6):619-31. <https://doi.org/10.1111/hsc.12177>
11. Jackson C, Shahsahebi M, Wedlake T, DuBard CA. Timeliness of outpatient follow-up: an evidence-based approach for planning after hospital discharge. *Ann Fam Med.* 2015;13(2):115-22. <https://doi.org/10.1370/afm.1753>
12. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect.* 2018;21(2):518-527. <https://doi.org/10.1111/hex.12646>
13. Langhorne P, Baylan S; Early Supported Discharge Trialists. Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;17(7):CD000443. <https://doi.org/10.1002/14651858>
14. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, et al. The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age Ageing.* 2017;46(1):26-32. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw149>
15. Low LL, Tan SY, Ng MJ, Tay WY, Ng LB, Balasubramaniam K, Towle RM, Lee KH. Applying the Integrated Practice Unit Concept to a Modified Virtual Ward Model of Care for Patients at Highest Risk of Readmission: a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2017;12(1):e0168757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168757>
16. Hahn-Goldberg S, Jeffs L, Troup A, Kubba R, Okrainec K. "We are doing it together"; the integral role of caregivers in a patients' transition home from the medicine unit. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197831>
17. Chase JD, Russell D, Rice M, Abbott C, Bowles KH, Mehr DR. Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care. *Res Gerontol Nurs.* 2019;12(4):174-183. <https://doi.org/10.3928/19404921-20190319-01>
18. Swanson JO, Moger TA. Comparisons of readmissions and mortality based on post-discharge ambulatory follow-up services received by stroke patients discharged home: a register-based study. *BMC Health Serv Res.* 2019 19(4). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3809-z>
19. Van Spall HGC, Lee SF, Xie F. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure: The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(8):753-761. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0710>
20. Occelli P, Touzet S, Rabilloud M, et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. *BMC Geriatr.* 2016;16:57. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0233-2>
21. Melo R, Rua M, Santos C. Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Rev Enf Ref.* 2014;4(2):143-51. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
22. Pindus D, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell A, Aziz N, Mant J. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services: a systematic review and meta-ethnography. *PLoS ONE.* 2018;13(2):e0192533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
23. Baixinho CL, Ferreira Ó. Defragment or integrate care? a challenge for the international year of the nurse. *Rev Baiana Enferm.* 2020;34:e35856. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
24. Baixinho CL, Ferreira Ó. From the hospital to the community: the (un)safe transition. *Rev Baiana Enferm.* 2019;33:e35797. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>