




Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: revisão integrativa


Interventions to promote older adult functionality in the hospital-to-home transition: an integrative review


Renata Farias Amorim^{1,2} 

Larissa Chaves Pedreira¹ 

Bruno Prata Martinez³ 

Nildete Pereira Gomes¹ 

Rute dos Santos Sampaio¹ 

Anita Gabriele de Jesus Damasceno⁴ 

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio. **Método:** Revisão integrativa de literatura com buscas entre outubro e novembro de 2022, nas bases de dados: MEDLINE, Lilacs, IBECs, BDENF, WoS, SCOPUS, CINAHL e PEDro, com os MeSh: Aged, Transitional Care e Functional Status, em qualquer idioma, sem recorte temporal, com operador *booleano* OR e AND. **Resultado:** Identificou-se 2.123 artigos, nove atenderam aos critérios de inclusão, emergindo quatro categorias: Educação em saúde; Envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares; Atuação de equipe multidisciplinar; Acompanhamento após alta hospitalar. **Conclusão:** A continuidade dos cuidados após alta hospitalar através de intervenções para manter e recuperar a funcionalidade é uma estratégia que fortalece a autonomia e a independência das pessoas idosas.

Palavras-chaves: Cuidado Transicional. Idoso. Educação em saúde. Estado funcional.

Abstract

Objective: To identify interventions in the literature that assist in promoting functionality in older adults during the hospital-to-home transition. **Method:** Integrative literature review with searches conducted between October and November 2022, in the following databases: MEDLINE, Lilacs, IBECs, BDENF, WoS, SCOPUS, CINAHL, and PEDro, using the MeSH terms: Aged, Transitional Care, and Functional Status, in any language, without temporal restriction, employing boolean operators OR and AND. **Result:** A

Keywords: Transitional Care. Older Adult. Health Education. Functional Status.

¹ Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, BA, Brasil.

² Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Unidade Multiprofissional. Salvador, BA, Brasil.

³ Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde. Salvador, BA, Brasil.

⁴ Universidade Federal da Bahia, Departamento de Fisioterapia. Salvador, BA, Brasil.

Financiamento da pesquisa: O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – Brasil (FAPESB). Nº APP0025/2023 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq) Nº 303927/2022-4.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Renata Farias Amorim
renyamorim@yahoo.com.br

Recebido: 03/10/2023

Aprovado: 06/03/2024

total of 2,123 papers were identified, with nine meeting the inclusion criteria, resulting in four categories: Health education; Active involvement of older adults and family caregivers; Multidisciplinary team involvement; Follow-up care post-hospital discharge. *Conclusion:* The continuity of care post-hospital discharge through interventions aimed at maintaining and restoring functionality is a strategy that strengthens the autonomy and independence of older adults.

INTRODUÇÃO

A pessoa idosa durante e após internação hospitalar, especialmente por longo prazo e por diversos motivos pode enfrentar prejuízos na função física com diminuição de força e massa muscular, redução da capacidade aeróbica e outros déficits, que dificultam a execução das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) decorrendo em perda da independência funcional e autonomia¹. Esses prejuízos comumente se mantêm, após a alta, representando um prognóstico ruim para a recuperação funcional².

A funcionalidade, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é alusiva às funções do corpo, atividade e participação social³, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um terceiro indicador de saúde para a reabilitação⁴.

Ademais, continuar acompanhar pessoas idosas durante a hospitalização e após a alta é importante para melhor adaptação no domicílio⁵. Reconhecendo esse cenário, a OMS divulgou em 2016 um quadro de serviços de saúde integrados e centrados em pessoas, ressaltando a necessidade de otimizar sistemas de saúde e suas interligações, em particular durante as transições de cuidados⁶.

Nesse contexto, a teoria das transições criada pela Dra. Afaf Ibrahim Meleis, apoia as pessoas em situações de transição para vivenciar as mudanças que a nova condição de saúde traz, antecipando e identificando estratégias para melhor enfrentamento ou não de situações que influenciam na adaptação após alta no domicílio⁷.

Embora a promoção da funcionalidade seja abordada amplamente na literatura relacionada à geriatria e gerontologia, ainda há uma lacuna, principalmente no Brasil, de estudos que abordem a funcionalidade da pessoa idosa como objetivo principal durante a transição hospital-domicílio, e em relação a um consenso sobre como a funcionalidade deve ser avaliada e abordada nesse contexto.

Estudos sobre o tema podem orientar serviços de saúde e suas equipes para melhor gestão/planejamento da alta hospitalar, com intervenções que promovam a funcionalidade; e contribuem ainda para produções científicas e melhor assistência no campo da geriatria e gerontologia. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura, intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital domicílio.

MÉTODO

Revisão integrativa da literatura, elaborada a partir de cinco fases⁸. O protocolo foi cadastrado no repositório *Open Science Framework* (OSF) sob o número 10.17605/OSF.IO/6DP9A.

A questão norteadora foi formulada com base na estratégia PICO, que representa P: pessoa idosa, I: intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade, Co: transição hospital-domicílio, sendo: *Quais intervenções auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital-domicílio?*

Utilizou-se as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE),

Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Web of Science* (WoS), SciVerseScopus (SCOPUS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro). A MEDLINE foi acessada via *PubMed*. Para LILACS, IBECS e BDENF, o site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foi utilizado. Para *Cochrane Library*, *Web of Science*, SCOPUS e CINAHL, o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de

Nível Superior (CAPES) foi acessado por meio do login na Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Universidade Federal da Bahia. A busca no PEDro foi realizada através do site da própria base de dados.

As buscas ocorreram entre 29 de outubro e 26 de novembro de 2022. Utilizou-se vocabulário controlado do Medical Subject Headings (MeSH), e não controlado (*entry terms*, sinônimos e palavras-chave). Os termos MeSh *Aged*, *Transitional Care* e *Functional Status* com operadores booleanos “OR” e “AND”, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados. Salvador, BA, 2023.

Base de dados	Estratégias de Busca
MEDLINE via PubMed	(((((("Aged"[Mesh]) OR (Elderly)) OR (Older)) OR (Senior*)) OR (Elder*)) OR (Geriatric*)) AND (((((((("Functional Status"[Mesh]) OR (Status, Functional)) OR (Functional Independence)) OR (Independence, Functional)) OR (Functional Dependence)) OR (Functional Disability)) OR (Functional Ability)) OR (Functional Capacity)))) AND ((((((("Transitional Care"[Mesh]) OR (Care*, Transitional)) OR (Transitional Cares)) OR (Transition Care*)) OR (Home Transition*)) OR (Transition*, Home)))
LILACS, BDENF, IBECS via BVS	((mh:(aged) OR (elderly) OR (older) OR (senior*) OR (elder*) OR (geriatric*)) AND ((mh:(functional status) OR (status, functional) OR (functional independence) OR (functional dependence) OR (functional disability) OR (functional ability) OR (functional capacity)) AND ((mh:(transitional care) OR (care*, transitional) OR (transitional cares) OR (transition care*) OR (home transition*) OR (transition* home))))
Web of Science	((TS=(Aged)) OR ALL=(Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*)) AND ((TS=(("Functional Status")) OR TS=(("Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity")) AND ((TS=(("Transitional Care")) OR ALL=(("Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home"))
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY((Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*) AND ("Functional Status" OR "Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity") AND ("Transitional Care" OR "Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home"))
CINAHL	(MH Aged OR Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*) AND (MH "Functional Status" OR "Functional Status" OR "Status, Functional" OR "Functional Independence" OR "Independence, Functional" OR "Functional Dependence" OR "Functional Disability" OR "Functional Ability" OR "Functional Capacity") AND (MH "Transitional Care" OR "Transitional Care" OR "Care*, Transitional" OR "Transitional Cares" OR "Transition Care*" OR "Home Transition*" OR "Transition*, Home")
Cochrane	(Aged OR Elderly OR Older OR Senior* OR Elder* OR Geriatric*):ti,ab,kw AND (“Functional Status” OR “Status, Functional” OR “Functional Independence” OR “Independence, Functional” OR “Functional Dependence” OR “Functional Disability” OR “Functional Ability” OR “Functional Capacity”):ti,ab,kw AND (“Transitional Care” OR “Care, Transitional” OR “Cares, Transitional” OR “Transitional Cares” OR “Transition Care*” OR “Home Transition*” OR “Transition, Home” OR “Transitions, Home”):ti,ab,kw
PEDro	Transition* Care* AND Gerontology

Fonte: Elaboração dos autores.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados em qualquer idioma; a qualquer tempo; que respondessem à questão de investigação, apontando como desfecho, alteração da funcionalidade na transição hospital-domicílio. Artigos duplicados foram excluídos.

A estratégia de busca identificou 2.123 artigos. Em seguida, utilizou-se o *Rayyan*, aplicativo web que auxilia na triagem por um processo de semi automação⁹. Após detectadas as duplicatas, foram excluídos 179 artigos, restando 1.944 para leitura de títulos e resumos. Esta etapa foi realizada por

duas pesquisadoras independentes, às cegas, sendo excluídos 1.922 que não contemplavam a temática. Os critérios de elegibilidade foram aplicados e as justificativas para exclusão foram registradas no *Rayyan*. Houve sete discordâncias, resolvidas após discussão, com inclusão dos artigos.

Os 22 artigos elegíveis foram lidos na íntegra, onde nove, que responderam à questão de investigação, compuseram a amostra final (Figura 1). Esta busca seguiu as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁰.

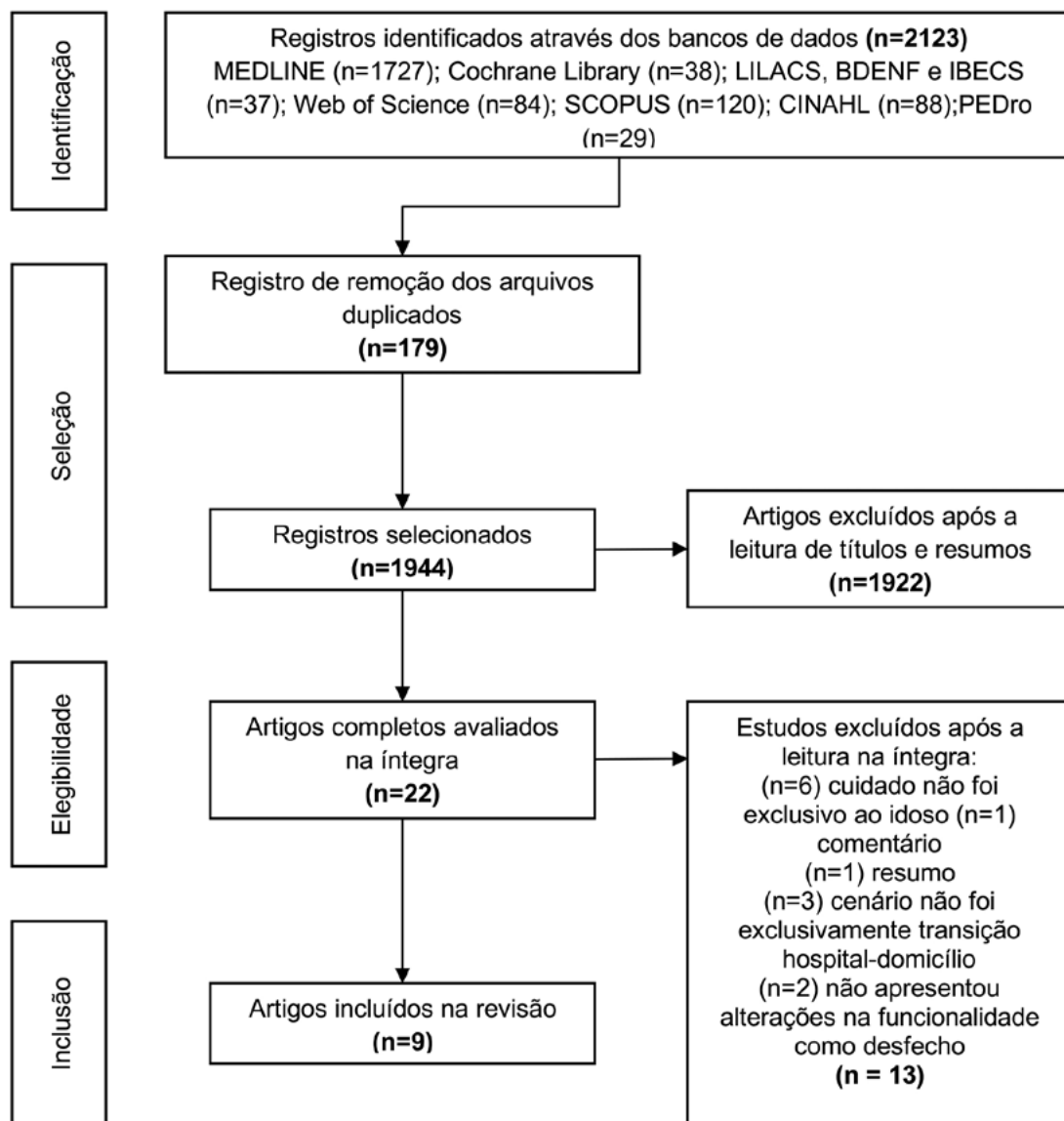


Figura 1. Fluxograma dos cruzamentos e resultados das buscas, com base no PRISMA. Salvador, BA, 2023.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados extraídos dos artigos foram organizados em um banco no *Microsoft Word*.

O Nível de Evidência dos estudos foi classificado em seis, conforme métricas propostas por Melnyk, Fineout-Overholt¹¹ (2015): **nível I:** metanálises e ensaios clínicos randomizados e controlados; **nível II:** estudos experimentais; **nível III:** pesquisas quase experimentais; **nível IV:** estudos descritivos, não experimentais ou qualitativo; **nível V:** relatos de casos ou experiência; **nível VI:** consensos e opiniões de especialistas.

Utilizou-se a Análise de Conteúdo, guiada pelas fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados para formação das categorias¹². Os resultados foram analisados à luz da Teoria das transições de Meleis, pautada nas mudanças ocasionadas pelo processo saúde-doença e adaptações necessárias para vivenciar as transições⁷.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente [Renata Farias Amorim].

RESULTADOS

Nove estudos integram essa revisão. As características gerais desses estudos podem ser verificadas no Quadro 2. Quatro estudos foram desenvolvidos na Ásia, três na América do Norte, um na Oceania e um na Eurásia, com período de publicação entre 2004 e 2022, sendo 2019 o ano com maior número de publicações (três).

Quanto ao perfil dos participantes nos estudos, quatro abordaram pacientes cardiopatas^{13,15,19,20}, dois ortopédicos^{18,21}, um neurológico¹⁷ e dois não especificaram motivos de admissão^{14,16}. Quanto ao delineamento, um estudo utilizou o método misto e oito utilizaram o método quantitativo. Cinco obtiveram nível de evidência I, um com nível de evidência II e três com nível de evidência III.

Com base no material coletado, formaram-se quatro categorias para análise e discussão: Educação em saúde, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares, atuação de equipe multidisciplinar e acompanhamento após alta hospitalar (Quadro 3).

Quadro 2. Características dos artigos incluídos na revisão quanto aos autores/ano, país, delineamento/nível de evidência/participantes, objetivo, intervenções e resultados principais relacionados à questão de investigação. Salvador, BA, 2023.

Autores Ano País Idioma	Delineamento/ Nível de Evidência/ Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados Principais
Naylor et al, 2004 ¹³ Estados Unidos Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 239	Examinar o efeito de uma intervenção de cuidados transicionais de 3 meses dirigida por enfermeiros de prática avançada para idosos hospitalizados com insuficiência cardíaca no tempo para a primeira readmissão ou morte, reinternações totais, readmissões por insuficiência cardíaca e comorbidades, qualidade de vida, estado funcional, satisfação do paciente e custos médicos.	GC: cuidados de rotina para o hospital de admissão, incluindo protocolo para insuficiência cardíaca específica do local; GI: visitas hospitalares e domiciliares realizadas por enfermeiras de prática avançada, desde a admissão hospitalar até 3 meses após a alta.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, embora melhor funcionalidade tenha sido observada no GI.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores Ano País Idioma	Delineamento/ Nível de Evidência/ Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados Principais
Courtney et al, 2012 ¹⁴ Austrália Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 128	Avaliar a eficácia de uma intervenção multifacetada de cuidados transitórios para idosos, composta por exercícios hospitalares e no domicílio, sobre o estado funcional e a independência nas ABVD's.	GC: Cuidados de rotina, planejamento de alta, acompanhamento e aconselhamento de reabilitação. GI: Além dos cuidados de rotina, durante a internação recebeu um programa de exercícios individualizados para melhorar o equilíbrio, força muscular e flexibilidade; manutenção de comportamentos de promoção da saúde; visita domiciliar e telefonemas de acompanhamento até 24 semanas após a alta.	Melhoria da capacidade funcional, independência nas ABVD's e da capacidade de caminhar no GI quando comparado ao GC.
Xueyu et al, 2017 ¹⁵ China Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 83	Investigar o efeito de um protocolo de exercícios iniciado durante a hospitalização na qualidade de vida relacionada à saúde, função física e função cardíaca de idosos com Insuficiência Cardíaca Crônica durante o período de transição.	GC: programa de CT que incluiu plano de alta individual, orientações sobre o gerenciamento da ICC e 7 ligações ao longo de 3 meses; GI: programa de CT e um protocolo de treinamento físico durante hospitalização, que consistiu em 5 a 10 minutos de aquecimento, seguido de caminhada e 5 a 10 minutos de exercícios de relaxamento. Acompanhamento após a alta teve o mesmo método e duração do GC.	Melhora significativa da capacidade funcional no GI em comparação com o GC em 12 semanas de acompanhamento.
Carvalho et al, 2019 ¹⁶ Canadá Inglês	Estudo piloto prospectivo comparativo do tipo antes e depois nível de evidência III participantes n = 29	Desenvolver uma árvore de decisão para a prescrição de um programa domiciliar de AF individualizado, e não supervisionado para idosos após a alta hospitalar; investigar viabilidade, aceitabilidade; e eficácia na função física e mobilidade.	Árvore de decisão que consistiu em: avaliação física e identificação do perfil de mobilidade; 1 ou 2 treinos dos programas de AF durante a internação; diário de bordo com recomendações sobre a prática segura de exercícios e calendário semanal para registro das sessões em domicílio; realização de ligações semanais para dirimir dúvidas. A intervenção durou 12 semanas.	O uso de uma árvore de decisão para apoiar a prescrição de exercícios parece eficaz para melhorar a função física e a mobilidade de pacientes com alta de unidades geriátricas.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores Ano País Idioma	Delineamento/ Nível de Evidência/ Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados Principais
Geng et al, 2019 ¹⁷ China Inglês	Ensaio clínico controlado nível de evidência II participantes n = 60	Medir o impacto dos cuidados de transição baseados no Modelo Comportamental Integrado em comportamentos de saúde e resultados clínicos sobre AVC em idosos que tiveram alta.	GC: educação em saúde de rotina antes da alta e acompanhamento telefônico uma semana após a alta; GI: CT dividiu-se em duas etapas: educação em saúde antes da alta através de cartilha informativa; visitas domiciliares semanais e acompanhamento telefônico, entre 1 e 3 meses após a alta, por enfermeiros e outros profissionais de saúde.	A intervenção de CT demonstrou ganhos na realização de ABVDs.
Ko et al, 2019 ¹⁸ Coreia do Sul Inglês	Estudo quase-experimental nível de evidência III participantes n = 37	Avaliar os efeitos de um programa individualizado de cuidados transicionais baseado em uma teoria transicional para reduzir o declínio funcional de idosos submetidos a artroplastia de quadril por fratura de quadril.	GC: cuidados pós-operatórios habituais e educação em saúde antes da alta; GE: além da mesma assistência do GC, recebeu programa composto por terapêuticas de enfermagem, como avaliação, educação, ambiente de apoio através da teoria da transição. Incluiu prescrição de exercícios. Realizado 6 vezes em 2 semanas, durante a internação.	Os GC e GE foram significativamente diferentes nos escores de ABVD'S entre pré-fratura e pós-intervenção. O GE apresentou melhores escores. Os resultados da intervenção foram benéficos para a mobilidade funcional, com registro de menores tempos no TUG.
Kitzman et al, 2021 ¹⁹ Estados Unidos Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 349	Avaliar a eficácia do REHAB-HF na função física e redução das taxas de reinternação para idosos internados por insuficiência cardíaca aguda descompensada.	GC: cuidados habituais, telefonema a cada 2 semanas e visitas em 1 mês e 3 meses após alta; GI: além dos cuidados habituais, programa de reabilitação concentrado em domínios da função física (força, equilíbrio, mobilidade e resistência), que progrediu por meio de níveis funcionais pré-definidos. Compreendeu três fases: hospitalar, ambulatorial e manutenção independente em domicílio com acompanhamento telefônico. A intervenção teve duração de 6 meses.	O programa resultou em melhora significativamente maior da função física no GI, quando comparado ao GC.

continua

Continuação do Quadro 2

Autores Ano País Idioma	Delineamento/ Nível de Evidência/ Participantes	Objetivo	Intervenções	Resultados Principais
Coskun, Duygulu, 2022 ²⁰ Turquia Inglês	Ensaio clínico controlado randomizado nível de evidência I participantes n = 66	Avaliar a eficácia do Modelo de Cuidados Transitórios na autonomia funcional, qualidade de vida, taxas de readmissão e reinternação de idosos submetidos à cirurgia cardíaca aberta.	GC: práticas de cuidados de saúde de rotina; GI: cuidados baseados no “Percurso Clínico da Cirurgia Cardíaca Aberta” e do protocolo composto em 4 etapas: a avaliação do estado de saúde e prestação dos cuidados pré e pós-operatórios durante internação (treinamento), análise do caso e planejamento do processo de cuidado (usando o sistema OMAHA), avaliação pós-operatória e definição dos cuidados adicionais, visitas domiciliares dentro de 24 horas, na 2 ^a , 6 ^a e 9 ^a semanas após a alta.	Os cuidados prestados no âmbito do protocolo, melhoraram significativamente os níveis de autonomia funcional no GI, comparado ao GC.
Yang et al, 2022 ²¹ China Inglês	Estudo quase- experimental nível de evidência III participantes n = 160	Investigar os efeitos dos programas de cuidados de transição sobre a saúde de idosos com alta e fraturas osteoporóticas por compressão vertebral.	GC: educação em saúde antes da alta e acompanhamento por telefone após a alta; GI: cuidados de rotina e programas de CT que incluíram apoio informativo, instrumental e emocional. Intervenção iniciada antes da alta e 1,2,3 e 6 meses após alta através de contato telefônico.	Os programas de CT melhoraram significativamente a independência para realização das ABVD's.

AF: Atividade Física, GC: Grupo Controle, GI: Grupo Intervenção, GE: Grupo Experimental, CT: Cuidados de Transição, *REHAB-HF: Rehabilitation Therapy in Older Acute Heart Failure Patients*, ABVD'S: Atividades Básicas de Vida Diária, TUG: Timed Up and Go, ICC: Insuficiência Cardíaca Crônica

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 3. Características dos artigos incluídos na revisão quanto às categorias temáticas: Educação em saúde, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares, atuação de equipe multidisciplinar e acompanhamento após alta hospitalar. Salvador, BA, 2023.

Autores/ Ano	Categorias Temáticas			
	Educação em saúde	Envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares	Atuação de equipe multidisciplinar (*)	Acompanhamento após alta hospitalar
Naylor et al, 2004 ³	a) Orientações sobre o gerenciamento dos sintomas e terapêutico da IC e comorbidades comuns; b) Disponibilização de gravações de áudio das ações educativas.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores.	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, médico cardiologista.	a) Pelo menos 8 visitas domiciliares; b) Disponibilidade do telefone. Duração: 3 meses.
Courtney et al, 2012 ¹⁴	a) Treinamento de programa de exercícios; b) Orientações quanto a estratégias de manutenção de comportamentos saudáveis.	NA	NA	a) Uma visita domiciliar; b) 9 ligações telefônicas. Duração: 6 meses.
Xueyu et al, 2017 ¹⁵	a) Orientações sobre o gerenciamento dos sintomas e terapêutico da IC (instrução oral e escrita); b) Treinamento de programa de exercícios.	a) Solicitação aos participantes de documentação da adesão ao protocolo (diário de exercícios).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, médicos, farmacêuticos e nutricionista.	a) 7 ligações telefônicas. Duração: 3 meses.
Carvalho et al, 2019 ¹⁶	a) Treinamento do programa de exercícios (uso de cartilha).	a) Solicitação aos participantes de documentação da adesão ao protocolo (calendário mensal).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiros, cinesiologistas, fisioterapeutas, médicos geriatras, clínico geral.	a) Ligações telefônicas semanais. Duração: 3 meses.
Geng et al, 2019 ¹⁷	a) Orientações sobre o manejo do AVC e mudanças comportamentais para promoção de saúde (uso de cartilha); b) Treinamento dos cuidadores sobre exercícios e uso de equipamentos para executá-los após alta.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores; b) Solicitação aos cuidadores de registro dos comportamentos saudáveis executados (diário).	a) Profissionais envolvidos: enfermeiras, médico neurologista, conselheira de reabilitação e psicóloga.	a) Visitas domiciliares semanais; b) Ligações telefônicas semanais. Duração: 3 meses.
Ko et al, 2019 ¹⁸	a) Orientações sobre controle da dor e de infecções, prevenção de quedas, melhora das AVD's (uso de cartilha); b) Demonstração de exercícios após AQ.	a) Objetivos alinhados às necessidades e preferências da pessoa idosa e/ou cuidadores e intervenções individualizadas.	NA	NA
Kitzman et al, 2021 ¹⁹	NA	NA	NA	a) 3 meses de sessões ambulatoriais e 3 meses de sessões domiciliares apoiadas por ligação telefônica. Duração: 6 meses.

continua

Continuação do Quadro 3

Autores/ Ano	Categorias Temáticas			
	Educação em saúde	Envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares	Atuação de equipe multidisciplinar (*)	Acompanhamento após alta hospitalar
Coskun, Duygulu, 2022 ²⁰	a) Treinamentos pré e pós-operatórios dos pacientes.	a) Cuidador familiar designado como membro da equipe de transição, participando ativamente dos processos.	a) Profissionais envolvidos: médico, enfermeiras, fisioterapeuta, nutricionista, cuidador/familiar.	a) 4 visitas domiciliares; b) Telefone disponível. Duração: 9 semanas.
Yang et al, 2022 ²¹	a) Orientações sobre autocuidado domiciliar, enfermagem de reabilitação, AVDs, prevenção de quedas, dieta e de complicações para pacientes com FOCV (uso de manual).	NA	NA	a) Ligações telefônicas semanais ou conforme necessário; b) Videochamadas quinzenais; c) comunicação via aplicativo de mensagem. Duração: 6 meses.

* Incluindo pelo menos três disciplinas de saúde. IC: Insuficiência Cardíaca; NA: Não Aplicada; AVC: Acidente Vascular Cerebral; AVD's: Atividades de Vida Diárias; AQ: Artroplastia de Quadril; FOCV: Fraturas Osteoporóticas por Compressão Vertebral.

DISCUSSÃO

Nesta revisão, observou-se carência de estudos primários no Brasil sobre o tema, apesar da ênfase dada ao estado funcional pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), onde a funcionalidade é pautada na promoção de ações de saúde e envelhecimento saudável²². Essa lacuna provoca inquietações, especialmente diante do constante aumento das hospitalizações neste grupo etário no país, correspondendo a cerca de um terço de todas as internações em 2022²³.

A desarticulação dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde brasileiro, especialmente entre a atenção primária e a atenção terciária²⁴, pode representar uma barreira na implementação de cuidados de transição. Em contrapartida, a nível global, existem modelos mistos, como nos Estados Unidos, que incluem cuidados subagudos, pós-agudos e instalações de enfermagem especializadas, na Austrália e no Canadá, com a implementação de Programas de Cuidados Transitórios²⁵.

O acompanhamento dos pacientes nesta revisão, variou entre duas semanas e seis meses, com predominância de três meses em 44% dos estudos^{13,15-17}. Contudo, destaca-se a ausência de um consenso em relação à duração ideal da intervenção durante a transição dos cuidados, apontando a necessidade de mais pesquisas para formulação de protocolos, pois o processo de hospitalização incide em declínio funcional devido à associação de fatores como alterações fisiológicas do envelhecimento, doença e rotinas hospitalares²⁶. Estes refletem em distúrbios na mobilidade, elevação do risco de quedas e prejuízo da autonomia para execução das atividades de vida diária^{27,28}.

Nesta revisão, estudos indicaram hospitalizações de origem clínica^{13-17,19}, envolvendo indivíduos com problemas cardiológicos^{13,15,19,20}. Nesse contexto, a insuficiência cardíaca é a principal responsável por internações em pessoas mais velhas, estando associada a prejuízos na função física, levando a múltiplas internações²⁹. Um estudo implementou programa de transição, sem resultados significativos na função física¹³, enquanto outros dois enfocaram exercícios

físicos, como caminhadas, evidenciando melhorias funcionais^{15,19}. Embora um conjunto de ações voltadas para o autocuidado impacte positivamente na funcionalidade e outros desfechos de saúde, o exercício físico personalizado e progressivo aprimora a função física em pacientes cardiopatas no contexto de transição²⁹.

Entre as intervenções utilizadas nos estudos para promover a funcionalidade, destacaram-se: treinamentos baseados em informação de saúde e participação ativa das pessoas idosas e cuidadores juntamente com equipe multidisciplinar na tomada das decisões para autogestão em saúde³⁰⁻³². A educação em saúde foi utilizada em 89% dos estudos^{13-18,20,21}, que objetiva a apropriação de temas relacionados à saúde pela população, aumentando a autonomia das pessoas no seu cuidado³³.

As adaptações são promovidas por meio de conhecimentos, desenvolvimento de estratégias e habilidades através de recursos e competências psicossociais individuais. Entretanto, para isso, é preciso envolver ativamente os participantes no processo de cuidado, bem como nas tomadas das decisões. Ao envolver as pessoas em seu autocuidado, é possível promover consciencialização e, consequentemente, engajamento, importantes elementos para uma transição saudável conforme Meleis⁷.

O envolvimento ativo dos participantes, foi observado em 66% dos estudos^{13,15-18,20} isto ocorre quando o plano de cuidados está alinhado com as preferências, valores e objetivos das pessoas idosas e seus cuidadores familiares^{34,35}. Autores mostraram que modelos de cuidados de transição envolvendo diretamente as pessoas no seu cuidado, reduziram readmissões hospitalares e o estresse dos cuidadores^{30,36,37}. Ademais, durante o processo, a equipe multidisciplinar deve atentar-se aos cuidadores, pois a sobrecarga destes e acúmulo de responsabilidades se somam às dificuldades encontradas para estabelecer uma boa relação com a equipe e, consequentemente, uma transição bem sucedida^{37,38}.

Conforme Meleis⁷, transformações decorrentes da nova condição de saúde geram concepções, pensamentos, enfrentamentos, papéis e padrões de

resposta à nova situação, as chamadas adaptações. Assim, pessoas em transição de cuidados sentem a necessidade de serem apoiadas por um profissional para elucidar suas dúvidas³⁹.

A maioria dos estudos desta revisão utilizaram abordagem com equipe multidisciplinar^{13,15-17,20}. A implementação de multidisciplinariedade em saúde implica no compartilhamento de conhecimento, potencialização de ações e compromisso junto aos usuários³³. Entretanto, o enfermeiro foi o profissional de saúde mais citado^{13-18,20,21}. Seu papel como coordenador da transferência do cuidado está posto em grande parte da literatura científica nacional e internacional^{35,39,40}, embora os autores pontuem a capacidade de outras categorias profissionais assumirem essa coordenação³⁵, como fisioterapeutas e cinesiologistas em um estudo no qual a base da intervenção foi o treinamento físico¹⁹.

O acompanhamento pós-alta ocorreu na maioria dos estudos^{12-17,19-21}. Autores afirmam que este impede a interrupção dos cuidados quando ocorre transferência entre ambientes^{34,39}, e intervenções iniciadas antes da alta, continuando após esta, são mais eficazes na redução de readmissões hospitalares⁴⁰. Entretanto, um estudo não realizou acompanhamento após alta¹⁸, baseando a intervenção apenas no planejamento e preparação para o retorno ao lar. Neste, com pessoas idosas submetidas a artroplastia do quadril, a intervenção ocorreu durante o internamento, com avaliações conforme a teoria das transições⁷ nos momentos pré e pós-cirurgia. O grupo intervenção apresentou redução do declínio funcional, melhor pontuação para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD'S) e velocidade de caminhada, além de diminuição do medo de cair.

Durante o acompanhamento pós-alta, os estudos incluídos nesta revisão utilizaram avaliação do domicílio para sugerir intervenções de melhoria do ambiente, para adaptação e redução de barreiras arquitetônicas. Assim, a visita domiciliar foi realizada em cinco estudos^{13,14,17,19,20}. A avaliação domiciliar seja por fotografia ou por visita ajuda a equipe multidisciplinar identificar barreiras e facilitadores para a transição⁴⁰, auxiliando na criação de estratégias e enfrentamento, prevenindo

situações e empoderando as potencialidades para novo reordenamento do contexto social e familiar. Conforme Meleis⁷, a preparação do ambiente e os aspectos econômicos necessários, atuam como facilitadores para a transição.

Como estratégia de acompanhamento, os telefonemas foram utilizados pela maioria^{13-17,19-21}. Ligações telefônicas auxiliam a transição eficaz, resolvendo lacunas de atendimento e dúvidas residuais; e se mostraram eficazes em outros estudos^{41,42}. Entretanto, autores sugerem entre duas a três ligações após retorno domiciliar, visto que uma única ligação foi insuficiente para promover adesão ao plano de alta⁴¹.

Quanto aos protocolos de reabilitação física, as intervenções com exercícios e/ou caminhadas^{14,15,16,19} como principal componente obtiveram resultados positivos na funcionalidade, embora em uma revisão sistemática tenha-se observado poucas mudanças consistentes na saúde física ou no funcionamento independente dos participantes⁴³. A literatura científica^{2,25,28,29,37,38,40} alerta sobre a necessidade de observar, prevenir e intervir em déficits funcionais para transição de ambientes de cuidado. Pessoas idosas e cuidadores necessitam do apoio de profissionais, rede social e de saúde para vivenciar experiências favoráveis com intervenções continuadas no ambiente doméstico visando progressão da capacidade funcional quando possível. Pesquisas precisam avançar em modelos de transições que incluam intervenções físicas factíveis para guiar profissionais de saúde e apoiar pessoas idosas e cuidadores.

Esta revisão tem como limitação, a ausência da produção científica nacional neste período, dificultando a visualização da realidade brasileira sobre o tema.

CONCLUSÃO

Entre as intervenções que auxiliam na promoção da funcionalidade da pessoa idosa durante a transição hospital-domicílio, destacam-se ações pautadas no monitoramento e acompanhamento após a alta

hospitalar, envolvimento ativo das pessoas idosas e cuidadores familiares e equipe multidisciplinar, educação em saúde e ações baseadas em programa de exercícios e caminhadas.

O estudo revelou que para promoção da funcionalidade no cuidado de transição hospital-domicílio, é necessário construir um planejamento da alta hospitalar direcionado também a função física, para prevenir e/ou atenuar incapacidade funcional, pois ações para promoção da função física na prática assistencial são pouco priorizadas.

Destarte, a revisão sinaliza para a necessidade de novas pesquisas, sobretudo no Brasil, abordando intervenções no cuidado de transição de forma mais definida, a fim de manter e recuperar a funcionalidade de pessoas idosas após a hospitalização.

AUTORIA

- Renata Farias Amorim: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação da versão a ser publicada; e ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte da obra.
- Larissa Chaves Pedreira: redação do artigo e a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Bruno Prata Martinez: redação do artigo e a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Nildete Pereira Gomes: redação do artigo e a sua revisão crítica; aprovação da versão a ser publicada.
- Rute Santos Sampaio: interpretação dos dados; redação do artigo.
- Anita Gabriele de Jesus Damasceno: análise e interpretação dos dados; redação do artigo.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Barbosa BR, Almeida JM de, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19:3317–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
2. Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and Recovery After Hospitalization for Medical Illness Among Community-Living Older Persons: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(3):486–95. Disponível em: 10.1111/jgs.16350
3. Organização Mundial da Saúde OP de S. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. 1o ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso 16 set 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111>
4. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134–8. Disponível em: 10.23736/S1973-9087.17.04565-8
5. Costa MFBNA da, Sichieri K, Poveda V de B, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20200187. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
6. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016 [acesso 12 set 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12–28. Disponível em: 10.1097/00012272-200009000-00006
8. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 5 de dezembro de 2016;5(1):210. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de março de 2021;372:n71. Disponível em: 10.1136/bmj.n71
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3o ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(5):675–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>
14. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, et al. Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):128–34. Disponível em: 10.1111/j.1365-2753.2010.01547.x
15. Xueyu L, Hao Y, Shunlin X, Rongbin L, Yuan G. Effects of Low-Intensity Exercise in Older Adults With Chronic Heart Failure During the Transitional Period From Hospital to Home in China: A Randomized Controlled Trial. *Res Gerontol Nurs*. 2017;10(3):121–8. Disponível em: 10.3928/19404921-20170411-02
16. Carvalho LP, Kergoat MJ, Bolduc A, Aubertin-Leheudre M. A Systematic Approach for Prescribing Posthospitalization Home-Based Physical Activity for Mobility in Older Adults: The PATH Study. *J Am Med Dir Assoc*. outubro de 2019;20(10):1287–93. Disponível em: 10.1016/j.jamda.2019.01.143
17. Geng G, He W, Ding L, Klug D, Xiao Y. Impact of transitional care for discharged elderly stroke patients in China: an application of the Integrated Behavioral Model. *Top Stroke Rehabil*. dezembro de 2019;26(8):621–9. Disponível em: 10.1080/10749357.2019.1647650
18. Ko Y, Lee J, Oh E, Choi M, Kim C, Sung K, et al. Older Adults With Hip Arthroplasty: An Individualized Transitional Care Program. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. 2019;44(4):203–12. Disponível em: 10.1097/rnj.0000000000000120
19. Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, Pastva AM, Mentz RJ, Reeves GR, et al. Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure. *N Engl J Med*. 2021;385(3):203–16. Disponível em: 10.1056/NEJMoa2026141
20. Coskun S, Duygulu S. The effects of Nurse Led Transitional Care Model on elderly patients undergoing open heart surgery: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2022;21(1):46–55. Disponível em: 10.1093/eurjcn/zvab005

21. Yang W, Xu H, Miao W, Geng Z, Geng G. Effects of transitional care based on the social support theory for older patients with osteoporotic vertebral compression fractures: A quasi-experimental trial. *Australas J Ageing*. 2023;42(1):185–94. Disponível em: [10.1111/ajag.13129](https://doi.org/10.1111/ajag.13129)
22. Brasil. Portaria N. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Portaria N.2528/2006, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS - DATASUS [internet]. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS); 2023 [acesso 15 jan 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
24. Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210145. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>
25. McGilton KS, Vellani S, Krassikova A, Robertson S, Irwin C, Cumal A, et al. Understanding transitional care programs for older adults who experience delayed discharge: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):210. Disponível em: [10.1186/s12877-021-02099-9](https://doi.org/10.1186/s12877-021-02099-9)
26. Tavares JP de A, Nunes LANV, Grácio JCG. Hospitalized older adult: predictors of functional decline. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3399. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>
27. Wang MC, Liao WC, Lee KC, Lu SH, Lin YP. Validation of Screening Tools for Predicting the Risk of Functional Decline in Hospitalized Elderly Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6685. Disponível em: [10.3390/ijerph19116685](https://doi.org/10.3390/ijerph19116685)
28. Falvey JR, Burke RE, Malone D, Ridgeway KJ, McManus BM, Stevens-Lapsley JE. Role of Physical Therapists in Reducing Hospital Readmissions: Optimizing Outcomes for Older Adults During Care Transitions From Hospital to Community. *Phys Ther*. 2016;96(8):1125–34. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150526>
29. Kitzman DW, Haykowsky MJ, Tomczak CR. Making the Case for Skeletal Muscle Myopathy and Its Contribution to Exercise Intolerance in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *Circ Heart Fail*. 2017;10(7):e004281. Disponível em: [10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004281](https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004281)
30. Nakahara-Melo M, Conceição AP da, Cruz D de ALM da, Püschel VA de A. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20210123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
31. Butler J, Petrie MC, Bains M, Bawtinheimer T, Code J, Levitch T, et al. Challenges and opportunities for increasing patient involvement in heart failure self-care programs and self-care in the post-hospital discharge period. *Res Involv Engagem*. 2023;9(1):23. Disponível em: [10.1186/s40900-023-00412-x](https://doi.org/10.1186/s40900-023-00412-x)
32. Liu S, Xiong X yun, Chen H, Liu M die, Wang Y, Yang Y, et al. Transitional Care in Patients with Heart Failure: A Concept Analysis Using Rogers’ Evolutionary Approach. *Risk Manag Healthc Policy*. 2023;16:2063–76. Disponível em: [10.2147/RMHP.S427495](https://doi.org/10.2147/RMHP.S427495)
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2o ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
34. Lawton R, Murray J, Baxter R, Richardson G, Cockayne S, Baird K, et al. Evaluating an intervention to improve the safety and experience of transitions from hospital to home for older people (Your Care Needs You): a protocol for a cluster randomised controlled trial and process evaluation. *Trials*. 2023;24(1):671. Disponível em: [10.1186/s13063-023-07716-z](https://doi.org/10.1186/s13063-023-07716-z)
35. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmel M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):345. Disponível em: [10.1186/s12877-020-01747-w](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w)
36. Maleki M, Mardani A, Iloonkashkooli R, Khachian A, Glarher M, Vaismoradi M. The effect of hospital-to-home transitional care using a digital messaging application on the health outcomes of patients undergoing CABG and their family caregivers: a randomized controlled trial study protocol. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1224302. Disponível em: [10.3389/fcvm.2023.1224302](https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1224302)
37. Sun M, Liu L, Wang J, Zhuansun M, Xu T, Qian Y, et al. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Front Public Health*. 2023;11:1047723. Disponível em: [10.3389/fcvm.2023.1224302](https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1224302)

38. Kraun L, De Vliegheer K, Vandamme M, Holtzheimer E, Ellen M, van Achterberg T. Older peoples' and informal caregivers' experiences, views, and needs in transitional care decision-making: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2022;134:104303. Disponível em: [10.1016/j.ijnurstu.2022.104303](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104303)
39. Pedrosa ARC, Ferreira ÓR, Baixinho CRSL. Transitional rehabilitation care and patient care continuity as an advanced nursing practice. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210399. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0399>
40. Santos JMD, Pedreira LC, Góes RP, Amaral JBD, Baixinho CL, Souza MAAD. Influência das ações dos profissionais de saúde na adaptação de pessoas idosas em domicílio após internamento por quedas: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2023;26:e230162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230162.pt>
41. Bhandari N, Epane J, Reeves J, Cochran C, Shen J. Post-Discharge Transitional Care Program and Patient Compliance With Follow-Up Activities. *J Patient Exp.* 2022;9:23743735221086756. Disponível em: [10.1177/23743735221086756](https://doi.org/10.1177/23743735221086756)
42. Jones B, James P, Vijayasiri G, Li Y, Bozaan D, Okammor N, et al. Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home. *JAMA Netw Open.* 2022;5(5):e2210774. Disponível em: [10.1001/jamanetworkopen.2022.10774](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774)
43. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Moranl C, Morris H, et al. The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc.* 2021;40(11):1628–36. Disponível em: [10.1177/0733464820968712](https://doi.org/10.1177/0733464820968712)