

Ações em saúde propostas em programas de transição do cuidado para idosos: revisão integrativa

Proposed health actions in care transition programs for older adults: an integrative review

Acciones de salud propuestas en los programas de transición del cuidado de los ancianos: revisión integrativa

Recebido: 05/02/2022 | Revisado: 15/02/2022 | Aceito: 17/02/2022 | Publicado: 26/02/2022

Rodolfo Katalenic Petrocini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4057-5728>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: rodolfo_katalenic@usp.br

Marina Tomazela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8416-2901>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: marina.tomazela@usp.br

Gabriela Gonçalves Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9629-2815>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: g.amaral@usp.br

Brener Santos Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4610-3227>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: brenersantos@usp.br

Ione Carvalho Pinto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7541-5591>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: ionecarv@eerp.usp.br

Fabiana Costa Machado Zacharias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1150-6114>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: fabiana.zacharias@usp.br

Resumo

Este estudo visa analisar as evidências científicas acerca das ações em saúde propostas em Programas de Transição de Cuidados para idosos. O recorte escolhido para este estudo foi o de uma revisão integrativa. A estratégia de busca ocorreu no portal da Biblioteca Virtual de Saúde – que incorpora a LILACS, BDNF e IBECs; além da MEDLINE, SCOPUS, Embase e Web of Science, com descritores controlados e descritores não controlados (palavras-chave) que foram utilizados para a localização dos artigos. As buscas ocorreram no mês de janeiro de 2021. A amostra de artigos eleitos desta revisão integrativa foi composta por 37 artigos, sendo os anos de 2015 (n = 4), 2016 (n = 5), 2018 (n = 5), 2019 (n = 6) e 2020 (n = 5) os de maior número de publicações. Quanto às bases de dados, não foram encontrados artigos passíveis de serem eleitos no portal da BVS, que engloba a LILACS, IBECs e BDNF, em detrimento das outras bases em que se elegeu os artigos desta revisão, sendo elas: Scopus (n = 12), Embase (n = 5), Web Of Science (n = 13), e Medline (n = 7). Programas de Transição de Cuidados para idosos impactam diretamente na melhora da adesão à medicação, melhor estilo de vida saudável e melhores indicadores clínicos, bem como menores taxas de eventos adversos e readmissão hospitalares, por meio de ações em saúde como: educação do paciente e cuidador, ainda em ambiente hospitalar; acompanhamento telefônico e domiciliar após alta; supervisão e gestão de medicações e criação de planos terapêuticos individuais que visem a reabilitação nutricional, física e cognitiva.

Palavras-chave: Idoso; Alta hospitalar; Alta do paciente; Transição do cuidado.

Abstract

This study aimed to analyze the scientific evidence on health actions proposed in Transition of Care Programs for the elderly. The scope chosen for this study was an integrative review. The search strategy was carried out in the Virtual Health Library portal - which incorporates LILACS, BDNF and IBECs; as well as MEDLINE, SCOPUS, Embase and Web of Science, with controlled descriptors and non-controlled descriptors (key words) that were used to locate the articles. The searches occurred in the month of January 2021. The sample of articles elected for this integrative review was composed of 37 articles, with the years 2015 (n = 4), 2016 (n = 5), 2018 (n = 5), 2019 (n = 6) and 2020 (n = 5) being the years with the highest number of publications. As for the databases, no articles were found eligible in the VHL portal, which encompasses LILACS, IBECs and BDNF, to the detriment of the other bases in which the

articles of this review were chosen, being them: Scopus (n = 12), Embase (n = 5), Web Of Science (n = 13), and Medline (n = 7). Transitional care programs for the elderly directly impact on improved medication adherence, better healthy lifestyles, and better clinical indicators, as well as lower rates of adverse events and hospital readmission, through health actions such as: patient and caregiver education while still in the hospital environment; telephone and home follow-up after discharge; medication supervision and management; and creation of individual therapeutic plans aimed at nutritional, physical, and cognitive rehabilitation.

Keywords: Aged; Hospital discharge; Patient discharge; Care transition.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la evidencia científica sobre las acciones de salud propuestas en los Programas de Transición de Cuidados para personas mayores. El ámbito elegido para este estudio fue una revisión integradora. La estrategia de búsqueda se produjo en el portal de la Biblioteca Virtual de Salud - que incorpora LILACS, BDNF e IBECs; además de MEDLINE, SCOPUS, Embase y Web of Science, con descriptores controlados y descriptores no controlados (palabras clave) que se utilizaron para localizar los artículos. Los registros se produjeron en enero de 2021. La muestra de artículos elegidos de esta revisión integradora estuvo compuesta por 37 artículos, siendo los años 2015 (n = 4), 2016 (n = 5), 2018 (n = 5), 2019 (n = 6) y 2020 (n = 5) los años con mayor número de publicaciones. En cuanto a las bases de datos, no se encontraron artículos que pudieran ser elegidos en el portal de la BVS, que incluye LILACS, IBECs y BDNF, en detrimento de las otras bases en las que se eligieron los artículos de esta revisión, a saber: Scopus (n = 12), Embase (n = 5), Web Of Science (n = 13) y Medline (n = 7). Los programas de cuidados transitorios para ancianos tienen un impacto directo en la mejora de la adherencia a la medicación, un mejor estilo de vida saludable y mejores indicadores clínicos, así como menores tasas de eventos adversos y de reingreso hospitalario, a través de acciones sanitarias como: la educación del paciente y del cuidador mientras aún está en el entorno hospitalario; el seguimiento telefónico y domiciliario tras el alta; la supervisión y gestión de la medicación; y la creación de planes terapéuticos individuales dirigidos a la rehabilitación nutricional, física y cognitiva.

Palabras clave: Anciano; Alta hospitalaria; Alta del paciente; Transición de cuidado.

1. Introdução

Sabe-se que o processo de envelhecimento está relacionado à presença de comorbidades decorrentes de condições crônicas, como a hipertensão e diabetes, além de outras disfunções orgânicas que também contribuem para o aumento do acesso aos serviços de atenção à saúde.

Tendo em vista que os maiores custos dos sistemas de saúde são gerados no nível de atenção terciária, em função da maior complexidade tecnológica, segundo Rossetto *et al.* (2019), os idosos com mais de 65 anos apresentam as maiores taxas de hospitalização, se comparados com as demais faixas etárias. Observa-se a necessidade em desenvolver ações e estratégias gerenciais, que promovam a integralidade do cuidado e melhores fluxos assistenciais em saúde, para essa parcela da população brasileira.

Nessa direção, pesquisadores vêm destinando esforços para melhor atender ao fenômeno de transição demográfica e seus desafios, frente ao envelhecimento populacional, de modo a assegurar qualidade assistencial por meio de ações terapêuticas eficazes, políticas públicas e melhor gestão de recursos e infraestrutura em saúde.

No que tange a estratégias para gestão de custos, em processos de hospitalização, uma proposta que vem se apresentando como promissora é a Transição de Cuidados, que consiste na etapa do processo assistencial em saúde de planejar e implementar ações que assegurem a continuidade do cuidado, na transferência de usuários pelos diferentes níveis de atenção à saúde (*Registered Nurses' Association of Ontario*, 2014). Trata-se de uma estratégia ainda pouco discutida no cenário mundial, mas que vem apresentando impacto na redução de custos com internações hospitalares e diminuição nas taxas de reinternações, ao pautar-se nos crescentes avanços tecnológicos para práticas terapêuticas de reabilitação (Flaming & Haney, 2013).

Para tanto, a Transição de Cuidados é fundamentada em um plano abrangente de cuidados que inclui arranjos logísticos, educação do paciente e da família, e a coordenação entre os profissionais e gestores dos diferentes níveis de atenção à saúde (Coleman & Boulton, 2003; Burke *et al.*, 2013).

Segundo Burke *et al.* (2013), a estrutura da Transição de Cuidados consiste em 10 domínios que necessitam ser

contemplados, para que o processo ocorra de forma segura e efetiva, sendo eles: plano de alta; comunicação e informação abrangente sobre a doença e os cuidados; segurança de medicamentos; educação do paciente; promoção da autonomia; apoio social e comunitário; plano avançado de cuidado; coordenação do cuidado entre os membros da equipe de saúde; monitoramento e gerenciamento dos sintomas após a alta e acompanhamento nos serviços ambulatoriais.

De acordo com o parecer de Coleman et al., (2003), para que haja a efetivação de um Programa de Transição de Cuidados, este deve seguir quatro pilares essenciais, a saber: 1º) autogestão de medicação, em que os usuários precisam conhecer muito bem o esquema medicamentoso e contar com apoio e suporte dos profissionais de saúde, para auxiliá-los na reconciliação da lista de medicamentos pré e pós-hospitalização, identificando e corrigindo discrepâncias; 2º) registro dinâmico das condições de saúde, por meio do qual o usuário deve ser incentivado a registrar suas percepções, de todos os eventos que permeiam o processo de curso da doença, devendo os profissionais de saúde apoiar e incentivar os usuários a realizar e compartilhar os registros de saúde, a fim de favorecer a comunicação e transmissão de informações entre o usuário e a equipe de assistência pós-hospitalar; 3º) garantia do agendamento de consulta com médico especialista ou médico da Atenção Primária à Saúde, ainda no período de hospitalização, em que os profissionais precisam auxiliar os usuários no agendamento da próxima consulta, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado; e 4º) conhecimento, por parte do usuário, acerca dos sinais de piora ou mudanças no curso da doença, requerem orientações específicas da equipe multidisciplinar de saúde, para assegurar eficácia no processo de recuperação após hospitalização.

Por fim, entende-se que a Transição de Cuidados contempla um conjunto de ações coordenadas, destinadas a promover a continuidade assistencial, seja ela dada entre os diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde, ou até mesmo de um serviço de saúde para os cuidados domiciliares (Coleman et al., 2003).

Diante disso, ao pensar na criação de fluxos assistenciais em saúde e na melhor gestão de custos hospitalares, devido ao crescente processo de transição demográfica no Brasil, é indicado investigar as evidências científicas acerca das ações em saúde. Analisar as propostas de programas de Transição de Cuidados, possibilita fomentar condutas para uma prática clínica, baseada em evidências que melhor atendam à população de idosos e suas demandas, pelos agravos de comorbidades e outras doenças debilitantes.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa que permite, a partir de uma temática específica, a reunião e síntese de estudos no vasto acervo da literatura científica, além de permitir gerar análises e conclusões acerca de determinado tema (Garcia *et al.*, 2016).

Para tanto, foram adotadas as etapas estabelecidas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção de uma revisão integrativa: 1) elaboração da pergunta da pesquisa, 2) seleção da amostragem dos estudos primários encontrados na literatura científica, 3) extração dos dados, 4) avaliação e síntese dos estudos primários incluídos, 5) análise e discussão dos resultados encontrados, e 6) apresentação da revisão.

No que se refere à formulação da pergunta da pesquisa, aplicou-se a estratégia PICO, um acrônimo da língua inglesa para Paciente, Intervenção e Contexto, que objetiva formular a questão de pesquisa e identificar as palavras-chave que irão auxiliar no processo de busca dos estudos primários (Kluwer, 2011). Assim, o elemento (P) consiste no idoso; o elemento (I) transição do cuidado e o elemento (Co), na hospitalização e alta hospitalar (Quadro 1). Logo, a questão de estudo definida para esta revisão de literatura foi: “Quais são as intervenções encontradas em programas hospitalares de transição de cuidado para idosos?”

Quadro 1 - Aplicação da estratégia PICo.

Acrônimo	Definição	Aplicação
P	População	Idoso
I	Intervenção	Transição do cuidado
Co	Contexto	Hospitalização; Alta hospitalar

Fonte: Autores (2022).

A estratégia de busca ocorreu nas bases de dados do Portal Integrado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que incorpora as bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS); além da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scopus* e *Web of Science*. As buscas ocorreram no mês de dezembro de 2021.

Os seguintes descritores controlados foram utilizados para pesquisa nas bases de dados, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS; *Medical Subject Headings* (MeSH terms); e Emtree: Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; Idoso Fragilizado e Cuidado Transicional. Os principais descritores não controlados (palavras-chave) selecionados foram: Programas de transição do cuidado e CTM-15. O cruzamento de descritores controlados e palavras-chave foi realizado com a utilização de Operadores Booleanos AND e OR.

Quadro 2 - Principais descritores controlados e descritores não controlados, de acordo com a estratégia PICo, conectados por operadores booleanos, para sintaxe nas bases de dados.

Acrônimo	Descritores e palavras chaves
P – População	Idoso OR “Idoso de 80 anos ou mais” OR “Idoso fragilizado” OR “Idoso debilitado”
I – Intervenção	“Cuidado Transicional” OR “Transição de cuidado” OR “CTM 15”
Co – Contexto	Hospitalização OR “Paciente Hospitalizado” OR “Alta Hospitalar”

Fonte: Autores (2022).

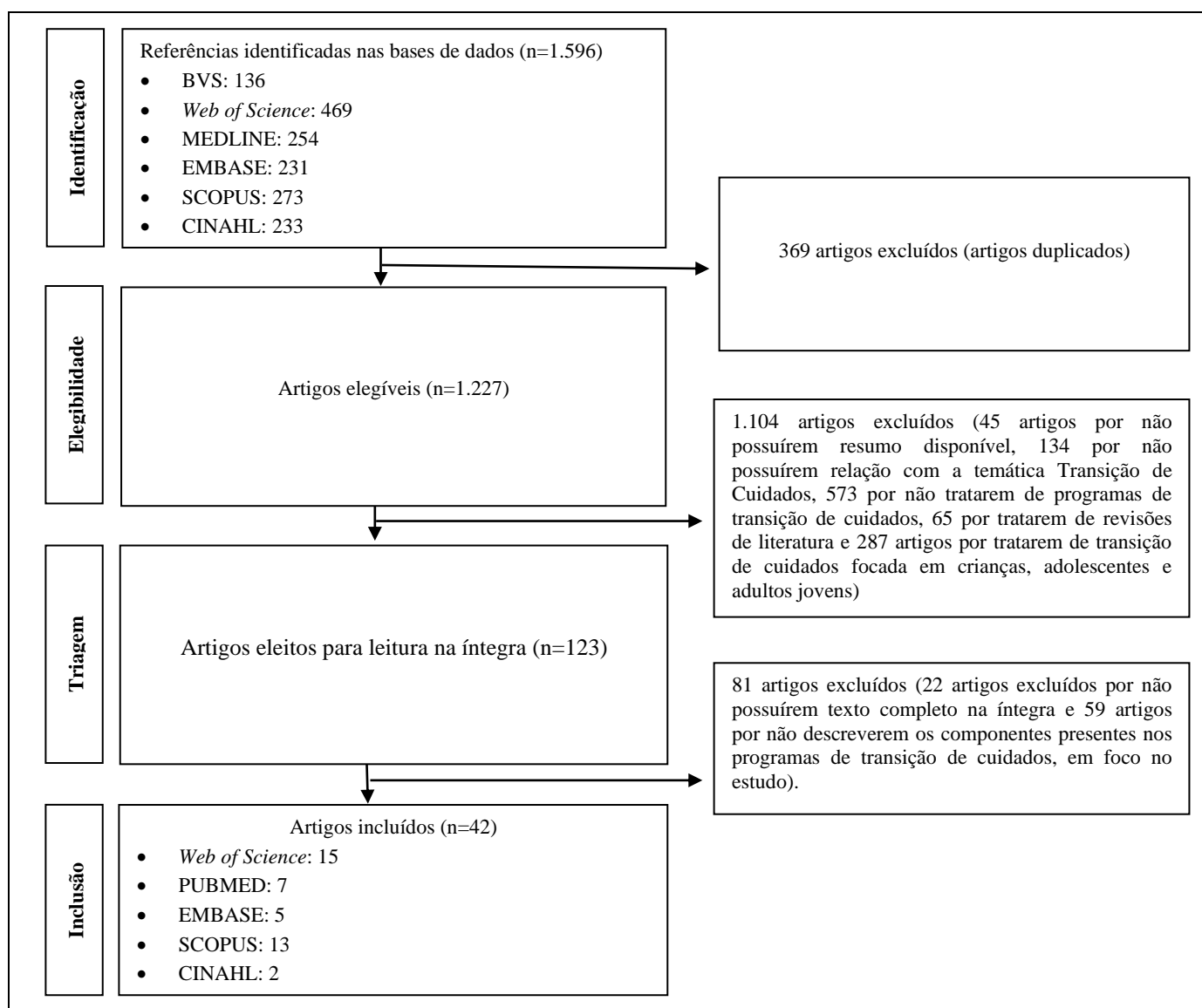
Para esta revisão foram definidos os seguintes critérios de inclusão: publicações encontradas nos idiomas em português, inglês e espanhol, sem limite de datas. Foram excluídos protocolos, normas técnicas, revisões de literatura, artigos com resumo e texto completo indisponíveis e estudos que não respondessem à questão de pesquisa proposta.

Após a busca de artigos nas bases de dados, utilizando as estratégias supracitadas, os estudos encontrados foram exportados para a ferramenta computacional denominada *Rayyan*, que dá suporte na organização e seleção dos artigos encontrados nas bases de dados. Por meio dessa ferramenta, são identificados artigos duplicados e classificados estudos primários, de acordo com os critérios de elegibilidade do estudo, que esquematiza de forma dinâmica o processo de tratamento da amostragem encontrada, para melhor gestão e visualização dos resultados (Ouzzani *et al.*, 2016).

As leituras para seleção da amostra final foram realizadas por dois revisores, de forma independente, de modo que, quando houve discordância entre os artigos eleitos, um terceiro revisor foi convidado para a avaliação de elegibilidade.

A Figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos primários encontrados nesta revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxo de seleção dos artigos da revisão integrativa.



Fonte: Autores (2022).

Inicialmente, a amostra total de artigos encontrados nas bases de dados (n=1.596) foi exportada para o *software* Rayyan, o qual identificou, para respectiva exclusão, os artigos duplicados (n=369). Após a exclusão de duplicatas, realizou-se a avaliação da amostragem restante (n=1.227).

Na primeira análise, após leitura de título e resumo, obteve-se uma amostra de artigos eleitos para leitura na íntegra (n=123). No que tange às principais razões que excluíram, inicialmente, os estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade (n=1.104) estão: conflitos entre equipes de saúde na transferência de responsabilidade pós-internação do paciente; instrumentos de avaliação de cuidados transicionais; estudos com foco na transição da fase pediátrica para adulta e outros artigos que não atendiam à pergunta de pesquisa ou não possuíam relação com o tema do estudo.

Na segunda análise, após leitura dos artigos na íntegra, obteve-se uma amostra final concordante entre os dois revisores (n=42), da qual justifica-se a exclusão dos outros artigos, posto que, embora abordassem programas de transição do cuidado, não tinham como foco discutir ou apresentar seus componentes estruturais, sem atender à pergunta do estudo. Outros

artigos foram excluídos por não disponibilizarem texto completo e/ou gratuito, disponível para avaliação.

Para síntese dos resultados, um instrumento desenvolvido por pesquisadores da enfermagem foi utilizado, o qual descreve características pertencentes aos estudos eleitos na amostra desta revisão de literatura, permitindo sua identificação e melhor gestão da síntese. Dentre os componentes presentes no instrumento de coleta de informações destacam-se: metodologia aplicada no estudo, nível de evidência científica, objetivos e principais resultados (Ursi & Galvão, 2006).

A classificação do nível de evidência dos estudos eleitos se deu por meio da classificação proposta pela “Prática baseada em evidências em enfermagem e saúde”, sistematizada por Melnyk et al., (2001). Desta forma, a partir da metodologia descrita nos estudos, foi possível classificá-los em sete níveis, que são: nível 1 (mais forte), as evidências derivadas de revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, as evidências resultantes de ensaios clínicos randomizados controlados bem delimitados; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delimitados sem randomização; nível 4, evidências obtidas de estudos de coorte e de caso-controle bem delimitados; nível 5, as evidências resultantes de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências originárias de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível de evidência 7 (mais fraco), que abrange evidências obtidas a partir de opinião de autoridades/relatório de comitês de especialistas.

A análise dos resultados se deu de forma descritiva, apresentando a síntese dos estudos eleitos, assim como a comparação entre as semelhanças e diferenças, entre as propostas de ações observadas em programas de transição do cuidado.

3. Resultados

A amostra de artigos eleitos, nessa revisão integrativa, foi composta por 42 artigos, sendo que 2016 (n=5); 2018 (n=5); 2019 (n=6); 2020 (n=5) e 2021 (n= 5) foram os anos com maior número de publicações. Quanto às bases de dados, não foram encontrados artigos passíveis de serem eleitos na LILACS, IBECs e BDENF, em detrimento das outras bases, *Web Of Science* (n=15), MEDLINE (n=7), EMBASE (n=5), SCOPUS (n=13) e CINAHL (n=2). Com relação ao idioma, todos os artigos eleitos encontravam-se na língua inglesa, não foi observado nenhum estudo proveniente de pesquisas realizadas no Brasil, o que sugere a escassez de estudos publicados sobre Programas de Transição de Cuidados em idosos no país. Na maioria dos casos, o enfermeiro foi tido como figura essencial para a efetivação de Programas de Transição de Cuidados (Quadro 3).

Quanto ao nível de evidência, 16 artigos eram constituídos por ensaios clínicos randomizados controlados e bem delimitados (nível de evidência II), 22 artigos apresentavam evidências obtidas de estudo de coorte bem delimitados (nível de evidência IV) e 4 artigos eram derivados de evidências originárias de estudos descritivos ou qualitativos (Quadro 3).

Quadro 3 - Identificação dos artigos eleitos (n=42).

Artigo	Título/Autores/Ano/País	Método	Nível de evidência	Objetivo	Principais resultados
E1	Título: <i>Implementing a Heart Failure Transition Program to Reduce 30-Day Readmissions.</i> Autores: Hinch & Staffileno. Ano: 2021. País: Estados Unidos (EUA)	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar a influência de um Programa de Transição de Cuidados na redução das taxas de reinternações de 30 dias por pacientes com insuficiência cardíaca.	Foi observada uma taxa de readmissão hospitalar em 30 dias, de 18,2%, sendo inferior à média nacional de 21,9%.
E2	Título: <i>The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial</i> Autores: Jepma <i>et al.</i> Ano: 2021. País: Holanda	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar o impacto da combinação de gerenciamento de casos, manejo de doenças e reabilitação cardíaca domiciliar na redução da readmissão hospitalar e das taxas de mortalidade.	Este estudo não obteve sucesso em sua implementação, em função da dificuldade de manejar e monitorar ações terapêuticas entre o grupo de intervenção e controle.
E3	Título: <i>Feasibility and effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management programme for heart failure patients in clinical practice: the HerzMobil Tirol programme.</i> Autores: Poelzl <i>et al.</i> Ano: 2021. País: Áustria	Ensaio clínico não randomizado	III	Avaliar a viabilidade e eficácia de um programa multidimensional, de gerenciamento de doenças pós-alta, usando um sistema de monitoramento telemédico incorporado a uma rede abrangente de enfermeiros especialistas em insuficiência cardíaca, médicos residentes e centros de referência secundários e terciários.	O programa demonstrou eficácia na redução das taxas de mortalidade em 6 meses e 1 ano.
E4	Título: <i>Effects of a transitional care programme on medication adherence in an older cardiac population: A randomized clinical trial.</i> Autores: Daliri <i>et al.</i> Ano: 2021. País: Amsterdam	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar o efeito de um Programa de Transição de Cuidados voltado para melhoria da adesão à medicação pós-alta hospitalar.	Com esse estudo foi possível observar que um programa de intervenção com multicomponentes, incluindo vários componentes direcionados para adesão à medicação em domicílio, em pacientes cardíacos idosos que receberam alta hospitalar, não beneficiou seus níveis de adesão à medicação.

E5	<p>Título: <i>Effects of a transitional care programme on medication adherence in an older cardiac population: A randomized clinical trial.</i> Autores: Gilbert <i>et al.</i> Ano: 2021. País: França</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar o impacto de um Programa de Transição de Cuidados liderado por enfermeiros, sobre a taxa de readmissões não programadas de pacientes idosos, dentro de 30 dias da alta das unidades de cuidados agudos geriátricos.	Por meio da intervenção, não foi possível observar uma redução na taxa de reinternações em 30 dias ou visitas ao pronto-socorro de idosos pacientes com risco de readmissão hospitalar.
E6	<p>Título: <i>Implementation of a Discharge Education Program to Improve Transitions of Care for Patients at High Risk of Medication Errors.</i> Autores: Crannage <i>et al.</i> Ano: 2020. País: Estados Unidos (EUA)</p>	Estudo observacional prospectivo e centralizado.	VI	Desenvolver e avaliar um serviço de educação de alta que une o ambiente hospitalar e ambulatorial para aumentar os pontos de contato do paciente durante o processo de Transição de Cuidados do hospital para casa.	A taxa de readmissão em 30 dias foi de 10% para os pacientes que receberam este serviço, em comparação com 19%, antes da implementação.
E7	<p>Título: <i>Impact of Pharmacist Involvement in Heart Failure Transition of Care.</i> Autores: Neu <i>et al.</i> Ano: 2020. País: Estados Unidos (EUA)</p>	Estudo unicêntrico, pré-pós quase-experimental.	IV	Avaliar o impacto na taxa de readmissão hospitalar de um programa de Transição de Cuidados conduzido por farmacêuticos (TOC) em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC).	O programa diminuiu, significativamente, a taxa de readmissão por IC, em 30 dias. No grupo de controle, 57 (17,3%) pacientes tiveram readmissão por IC em 30 dias, em comparação com 35 (10,5%) pacientes no grupo de intervenção.
E8	<p>Título: <i>Evaluation of a Transitional Care Program After Hospitalization for Heart Failure in an Integrated Health Care System.</i> Autores: Baecker <i>et al.</i> Ano: 2020. País: Estados Unidos (EUA)</p>	Análise retrospectiva de uma coorte clínica.	IV	Investigar a relação entre estado nutricional, capacidade funcional e fragilidade em idosos participantes de um programa de Assistência Transicional de Idosos.	Os pacientes que completaram o Programa de Transição de Cuidados, melhorias significativas foram encontradas no estado nutricional, fragilidade e capacidade funcional.
E9	<p>Título: <i>Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: a randomized controlled trial.</i> Autores: Deng <i>et al.</i> Ano: 2020. País: China</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar os efeitos do manejo transicional da saúde na adesão e prognóstico em pacientes idosos com infarto agudo do miocárdio, submetidos à intervenção coronária percutânea.	Os pacientes participantes do programa demonstraram melhor adesão à medicação, adesão ao reexame, estilo de vida saudável e melhores indicadores clínicos, bem como menores taxas de eventos cardiovasculares adversos e readmissão hospitalar.

E10	<p>Título: <i>Effectiveness of a health-social partnership program for discharged non-frail older adults: a pilot study.</i> Autores: Wong <i>et al.</i> Ano: 2020. País: China</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar se um programa iniciado em um hospital que combinou Transição de Cuidados e suporte de autogerenciamento melhorou os resultados a longo prazo para pacientes hospitalizados devido à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).	Este estudo não obteve êxito significativo na redução de taxas de retorno ao serviço de emergência ou readmissão hospitalar. Sendo, posteriormente, retratado pelos autores.
E11	<p>Título: <i>Evaluation of the impact of a post-hospital discharge Transitional Aged Care Service on frailty, malnutrition and functional ability.</i> Autores: Vearing <i>et al.</i> Ano: 2019. País: Austrália</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar a eficácia comparativa das intervenções de cuidados de transição em readmissões hospitalares não planejadas dentro de 28 dias, 12 semanas e 24 semanas após a alta hospitalar.	Os participantes apresentaram menor propensão a ter uma readmissão não planejada, 28 dias após a alta. Assim como uma menor probabilidade de ter uma readmissão não planejada nas 12 semanas após alta. No entanto, não houve diferenças significativas com relação à comparação entre os grupos de intervenção e controle, após 24 semanas.
E12	<p>Título: <i>Effects of transitional health management on adherence and prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction in percutaneous coronary intervention: A cluster randomized controlled trial.</i> Autores: Wu <i>et al.</i> Ano: 2019. País: China</p>	Coorte retrospectivo.	IV	Avaliar a eficácia de um Programa de Transição de Cuidados na redução das taxas de readmissão em 30 dias.	Os pacientes que receberam a intervenção total do programa tiveram 86,6% de redução nas chances de readmissão, em comparação com pacientes que não receberam as intervenções.
E13	<p>Título: <i>Excellence in Population Health: A Successful Community-Based Care Transitions Program Model.</i> Autores: Warren <i>et al.</i> Ano: 2019. País: Estados Unidos</p>	Estudo unicêntrico, quase-experimental.	IV	Estabelece um Programa de Transição de Cuidados (TCP) com o objetivo de diminuir o tempo de internação, melhorar a eficiência da alta e reduzir as reinternações de pacientes neurocirúrgicos, otimizando a educação do paciente e vigilância pós-alta.	O programa foi associado a um tempo de espera, significativamente, mais curto, alta mais precoce e redução da readmissão de 30 dias, após neurocirurgia eletiva.
E14	<p>Título: <i>Evaluation of a Multicomponent Care Transitions Program for High-Risk Hospitalized Older Adults.</i> Autores: Huckfeldt <i>et al.</i> Ano: 2019.</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar se um modelo de enfermagem virtual modificado, que incorpora cuidados transitórios pré-alta hospitalar pode reduzir readmissões	Os pacientes do grupo intervenção tiveram uma redução significativa no número de readmissões em 30 dias e no número de atendimentos

	País: Estados Unidos			de pacientes com maior risco de readmissão.	no departamento de emergência em 30 dias, em comparação com aqueles que não receberam a intervenção.
E15	Título: <i>Implementation of a Cardiac Transitions of Care Pilot Program: A Prospective Study of Inpatient and Outpatient Clinical Pharmacy Services for Patients With Heart Failure Exacerbation or Acute Myocardial Infarction.</i> Autores: Murphy <i>et al.</i> Ano: 2019. País: Estados Unidos	Estudo observacional.	VI	Avaliar se um programa piloto de Transição de Cuidados diminui as taxas de readmissão hospitalar para pacientes com 65 anos ou mais, com insuficiência cardíaca.	O programa piloto reduziu as taxas de readmissão, em 30 dias, em 48%; no entanto, observou-se que os custos do programa foram bem altos.
E16	Título: <i>Effect of a Hospital-Initiated Program Combining Transitional Care and Long-term Self-management Support on Outcomes of Patients Hospitalized With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Clinical Trial.</i> Autores: Aboumatar <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	II	Examinar a eficácia de um programa de cuidado transicional pautado na prática avançada de enfermagem para idosos hospitalizados com insuficiência cardíaca.	Em 52 semanas, os pacientes do grupo de intervenção tiveram menos readmissões e uma diminuição dos custos médios com internação hospitalar. Ainda com o grupo de intervenção, apenas a curto prazo melhorias foram demonstradas na qualidade de vida geral e satisfação com o cuidado recebido.
E17	Título: <i>Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in highrisk older adults.</i> Autores: Finlayson <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Austrália	Coorte retrospectivo.	IV	Verificar se um Programa de Transição de Cuidados é capaz de reduzir readmissões não planejadas após uma internação médica aguda.	Não houve mudança nas taxas de readmissão ou atendimentos de emergência. No entanto, nem todos os pacientes receberam todos os componentes da intervenção propostos pelo programa. Esta intervenção de transição não foi bem-sucedida.
E18	Título: <i>Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates.</i> Autores: Ballard <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar a eficácia de um Programa de Transição de Cuidados entre pacientes com acidente vascular cerebral.	Os pacientes do grupo de intervenção apresentaram melhoria significativa na dimensão qualidade de vida, bem como maior satisfação, maiores escores do Índice de Barthel Modificado e menores escores de depressão, quando comparados com o grupo de controle.

E19	<p>Título: <i>Transitional care services: a quality and safety process improvement program in neurosurgery.</i> Autores: Robertson <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Estados Unidos</p>	Coorte retrospectivo.	IV	Examinar a associação entre as intervenções de Transição de Cuidados e reinternações por todas as causas, em 30 dias após alta hospitalar.	Tanto a exposição a uma visita domiciliar de saúde, dentro de 2 dias após a alta, quanto uma chamada de telefone por um especialista, estiveram associados a uma menor taxa de readmissão hospitalar. Uma visita clínica de 7 dias foi associada a uma taxa de readmissão mais baixa em comparação com nenhuma visita clínica.
E20	<p>Título: <i>RETRACTED: Effect of a Program Combining Transitional Care and Long-term Self-management Support on Outcomes of Hospitalized Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Randomized Clinical Trial (Retracted article. See vol. 322, pg. 1417, 2019).</i> Autores: Hanan <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Estados Unidos</p>	Estudo quase experimental.	IV	Avaliar se um programa de cuidados domiciliares de transição operado por um hospital foi eficaz na redução de reinternações.	Os pacientes inscritos no programa de cuidados domiciliares de transição tiveram uma utilização hospitalar aguda, significativamente, menor por meio da redução de atendimentos em prontos-socorros e internações hospitalares.
E21	<p>Título: <i>Performance Improvement to Decrease Readmission Rates for Patients With a Left Ventricular Assist Device.</i> Autores: Iseler <i>et al.</i> Ano: 2018. País: Estados Unidos</p>	Estudo descritivo retrospectivo	VI	Avaliar a eficácia de um Programa de Transição de Cuidados.	O programa gerou maior nível de satisfação do paciente com o processo de transição de cuidados, além de melhorar a confiança dos participantes com o autocuidado. Além disso, o programa demonstrou uma redução de 73% nas readmissões e uma economia real de custos durante seu período de 9 meses do estudo.
E22	<p>Título: <i>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.</i> Autores: Low <i>et al.</i> Ano: 2017. País: Singapura</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar o impacto de um programa de Transição de Cuidados na taxa de reinternações hospitalar.	Os pacientes que receberam a intervenção experimentaram um terço a menos de reinternações do que aqueles pacientes do grupo comparação, produzindo uma economia de custos.

E23	<p>Título: <i>Short term and long term effective transitional hospital care transitions program in an older, medically complex population.</i> Autores: Takahashi <i>et al.</i> Ano: 2016. País: Estados Unidos</p>	Caso-controle.	IV	Avaliar a eficácia de um Programa de Transição na redução das taxas de reinternação e/ou mortalidade, após alta hospitalar.	O programa reduziu a taxa de readmissão de 30 dias, para o grupo de estudo, em 15%, embora a taxa esperada fosse de 20%. A taxa de mortalidade observada foi de 2%, para o grupo de estudo, com uma taxa esperada de 7%.
E24	<p>Título: <i>The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation.</i> Autores: Heim <i>et al.</i> Ano: 2016. País: Estados Unidos</p>	Coorte retrospectivo.	IV	Definir um amplo espectro de intervenções e serviços para pacientes idosos com alto risco de readmissão hospitalar.	Após implementação de um modelo de Programa de Transição de Cuidados, a taxa de readmissão hospitalar diminuiu para 12,5%.
E25	<p>Título: <i>Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial.</i> Autores: Wong <i>et al.</i> Ano: 2016. País: China</p>	Ensaio clínico randomizado.	II	Avaliar um modelo de Programa de Transição de Cuidados iniciado em um hospital que combinava suporte de transição e autocuidado, de longo prazo, para pacientes hospitalizados devido à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e seus cuidadores e/ou familiares.	O programa, com duração de 3 meses, que combinou transição e suporte de autogerenciamento de longo prazo, resultou, significativamente, na redução de hospitalizações relacionadas à DPOC e visitas ao departamento de emergência, bem como melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde, 6 meses após alta hospitalar.
E26	<p>Título: <i>Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care.</i> Autores: Morrison <i>et al.</i> Ano: 2016. País: Estados Unidos</p>	Coorte prospectivo.	IV	Comparar a utilização de curto prazo (30 dias) e de longo prazo (180 dias) de participantes inscritos em um modelo de Programa de Transição de Cuidados.	Foi observado uma redução, nas taxas de reinternação, em 30 dias, entre aqueles inscritos no programa, em comparação com os referentes. No entanto, este efeito não foi observado em 180 dias.
E27	<p>Título: <i>A Patient-Centered Transitional Care Case Management Program: Taking Case Management to the Streets and Beyond.</i> Autores: Lovelace <i>et al.</i> Ano: 2016. País: Estados Unidos</p>	Coorte retrospectivo.	IV	Avaliar a eficácia de um protocolo de cuidados na redução das taxas de readmissão hospitalar.	Os participantes do programa apresentaram uma redução de 44,3% nas taxas de readmissão, em 30 dias, em comparação com as taxas médias de readmissão, em 30 dias do hospital.

E28	Título: <i>Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults.</i> Autores: Zhou <i>et al.</i> Ano: 2015. País: Nova Zelândia	Coorte prospectivo.	IV	Comparar o risco de reinternações não planejadas de indivíduos participantes de um modelo de Programa de Transição de Cuidados.	Os participantes do programa tiveram menos reinternações não planejadas e menores visitas ao pronto-socorro, após a alta hospitalar.
E29	Título: <i>Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: A quasi-experimental study.</i> Autores: Low <i>et al.</i> Ano: 2015. País: Singapura	Caso-controle quase experimental	IV	Investigar o impacto de um programa de melhoria da qualidade e cuidados integrados de transição pós-alta em um sistema hospitalar.	Os pacientes que receberam intervenções tiveram taxas mais baixas de readmissão e morte do que o grupo controle, dentro de 30 dias após a alta.
E30	Título: <i>Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial.</i> Autores: Wong <i>et al.</i> Ano: 2015. País: China	Ensaio Clínico Randomizado	II	Avaliar se um modelo de Programa de Transição de Cuidados pode reduzir as taxas de readmissão de pacientes com insuficiência cardíaca.	A intervenção reduziu em 48% as taxas de readmissão, em 30 dias do hospital durante o período pós-intervenção. No entanto, a intervenção teve pouco efeito sobre o tempo de internação ou os custos diretos totais em 60 dias.
E31	Título: <i>Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to Reduce Hospital Readmissions in Heart Failure.</i> Autores: Donaho <i>et al.</i> Ano: 2015. País: Estados Unidos	Caso-controle quase experimental	IV	Verificar a eficácia de uma intervenção proposta em um Programa de Transição de Cuidados multicomponente direcionado a pacientes hospitalizados, com 75 anos ou mais, e com alto risco de readmissões hospitalares.	Esta intervenção não foi eficaz na redução de reinternações de 30 ou 7 dias, tampouco quanto à taxa de visitas de retorno ao serviço de emergência.
E32	Título: <i>Transitional Care Models Preventing Readmissions for High-Risk Patient Populations.</i> Autores: Mae <i>et al.</i> Ano: 2014. País: Estados Unidos	Coorte Prospectivo	IV	Determinar a mudança nas taxas de readmissão em 30 dias para pacientes com exacerbação de IC ou IAM após a implementação de um padrão de tratamento previstos em um Programa de Transição de Cuidados.	As taxas de readmissão em 30 dias não foram, estatisticamente, significativas quando comparadas às taxas de readmissão institucionais históricas, antes do início do estudo.
E33	Título: <i>Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use.</i> Autores: Wee <i>et al.</i> Ano: 2014. País: Singapura	Caso-controle quase experimental	IV	Relatar o desenvolvimento, implementação e avaliação de um programa regional de cuidados de transição, visando melhorar a taxa de recuperação de pacientes idosos frágeis.	Em pacientes frágeis, a incidência de eventos adversos diminuiu de 49,2%, na amostra pré-programa, para 35,5%, na amostra pós-programa.

E34	Título: <i>Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.</i> Autores: Cheng <i>et al.</i> Ano: 2014. País: Singapura	Caso-controle quase experimental	IV	Observar os efeitos de cuidados de transição na qualidade de vida de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).	O programa melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC que sofreram recentemente uma agudização.
E35	Título: <i>Evaluation of a modified community based care transitions model to reduce costs and improve outcomes.</i> Autores: Logue <i>et al.</i> Ano: 2013. País: Estados Unidos	Coorte prospectivo quase experimental	IV	Avaliar o impacto da adaptação de um modelo de Programa de Transição de Cuidados com o objetivo de atender às necessidades de idosos com doenças crônicas, durante episódios agudos de doença.	Os resultados demonstram que um modelo rigorosamente testado de Transição de Cuidados para idosos com doenças crônicas pode ser adaptado com sucesso. Demonstrando, principalmente, redução de custos para o serviço de saúde.
E36	Título: <i>High-value transitional care: Translation of research into practice.</i> Autores: Naylor <i>et al.</i> Ano: 2013. País: Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado	II	Examinar os efeitos de cuidados de transição em pacientes paliativos com insuficiência cardíaca em estágio terminal, após a alta hospitalar.	O grupo de intervenção teve uma taxa de readmissão hospitalar significativamente menor (33,6%) do que o grupo de controle (61,0%), em 12 semanas.
E37	Título: <i>Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at A VA hospital.</i> Autores: Kind <i>et al.</i> Ano: 2012. País: Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado	II	Avaliar a eficácia de um Programa de Transição de Cuidados para idosos.	Não houve diferenças significativas no grupo intervenção em comparação com o grupo controle.
E38	Título: <i>Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study.</i> Autores: Shu <i>et al.</i> Ano: 2011. País: China	Ensaio clínico randomizado	II	Avaliar o efeito de um programa integrado de Transição de Cuidados sobre os resultados de indicadores de saúde, em sobreviventes de AVC.	Houve melhora significativa dos indicadores físicos e mentais dos pacientes que estiveram no grupo intervenção.
E39	Título: <i>Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program for Heart Failure A Prospective Study With Concurrent Controls.</i> Autores: Stauffer <i>et al.</i> Ano: 2011. País: Estados Unidos	Coorte Retrospectivo	IV	Descrever as abordagens e os resultados de dois programas de cuidados de transição distintos que atendem a diferentes populações: um é fornecido por especialistas em enfermagem clínica com foco no autogerenciamento de doenças crônicas, outro por médicos	Ambos os Programas de Transição de Cuidados apresentaram redução significativa das taxas de reinternações hospitalares.

				especializados em cuidados paliativos.	
E40	<p>Título: <i>To the hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people.</i></p> <p>Autores: Ornstein <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2011.</p> <p>País: Estados Unidos</p>	Coorte Retrospectivo	IV	Examinar o impacto de um modelo de Programa de Transição de Cuidados na redução de admissões hospitalares.	Os pacientes que obtiveram a intervenção, nos anos fiscais de 2013 e 2014, experimentaram uma redução de 67% nas admissões hospitalares e uma redução de 61% nas visitas ao pronto-socorro nos 90 dias após a participação deste programa.
E41	<p>Título: <i>A hybrid transitional care program.</i></p> <p>Autores: Daley <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2010.</p> <p>País: Estados Unidos</p>	Estudo descritivo	IV	Avaliar a eficácia e viabilidade de um modelo de transição de cuidado para o atendimento de pacientes com dispositivos ventriculares esquerdos.	A taxa de readmissão de 30 dias, durante o piloto do estudo, foi de 14,3%, em comparação com a taxa geral anual anterior de 42,6%.
E42	<p>Título: <i>Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial.</i></p> <p>Autores: Naylor <i>et al.</i></p> <p>Ano: 2004.</p> <p>País: Estados Unidos</p>	Estudo descritivo	IV	Avaliar a eficácia de um programa piloto de Transição de Cuidados projetado para melhorar a coordenação e a continuidade dos cuidados, a fim de reduzir as readmissões hospitalares.	A intervenção não foi efetiva para redução do tempo de internação hospitalar e da taxa de readmissão hospitalar, para as pessoas que foram hospitalizadas e receberam alta.

Fonte: Autores (2022).

Os estudos propostos para relatar os programas de Transição de Cuidados foram conduzidos, predominantemente, em pacientes idosos, acima de 60 anos, que ainda se encontravam hospitalizados e prestes a receber alta hospitalar para domicílio. Muitos dos estudos eleitos possuem foco em pacientes que foram hospitalizados por apresentar agudização de comorbidades associadas a doenças crônicas não transmissíveis (n= 17).

Tendo em vista as evidências do tipo II e IV encontradas, sobre a utilização de Programas de Transição de Cuidados na reabilitação de pacientes que receberam alta hospitalar, reduzindo as taxas de readmissão e melhorando a qualidade de vida após internação, pode-se constatar a eficácia da proposta de Transição de Cuidados. As principais ações terapêuticas observadas foram: educação do paciente e cuidador, ainda em ambiente hospitalar; acompanhamento telefônico e domiciliar após alta; supervisão de medicações e planos terapêuticos individuais que visam a reabilitação nutricional, física e cognitiva.

4. Discussão

Para amparo ao idoso, os Programas de Transição de Cuidados se apresentam como ferramentas que devem ser usadas para assegurar a assistência em saúde de qualidade, integralizada e continuada no processo de transferência dos pacientes entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Segundo Finlayson *et al.* (2018), para atender às exigências do idoso, é necessário que haja dedicação de todos os profissionais envolvidos no âmbito assistencial, de modo a utilizar as tecnologias disponíveis, a fim de aprimorar condutas terapêuticas, focadas em singularidades no sentido de promover a autonomia, a reabilitação física e cognitiva dessa parcela da população.

Nesse enfoque, ao pensar na estruturação de Programas de Transição de Cuidados, voltados para idosos hospitalizados, observou-se concordância entre os autores (Hinch *et al.*, 2021; Poelzl *et al.*, 2021; Gilbert *et al.*, 2021; Crannage *et al.*, 2020; Neu *et al.*, 2020; Baecker *et al.*, 2020; Vearing *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2019; Warren *et al.*, 2019; Huckfeldt *et al.*, 2019; Murphy *et al.*, 2019; Finlayson *et al.*, 2018; Ballard *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2018; Hanan *et al.*, 2018; Iseler *et al.*, 2018; Low *et al.*, 2017; Takahashi *et al.*, 2016; Heim *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2016; Lovelace *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2015; Low *et al.*, 2015; Mae *et al.*, 2014; Wee *et al.*, 2014; Cheng *et al.*, 2014; Logue *et al.*, 2013; Kind *et al.*, 2012; Shu *et al.*, 2011; Stauffer *et al.*, 2011; Ornstein *et al.*, 2011; Daley *et al.*, 2010) acerca do impacto positivo desses programas, principalmente no que tange à redução das taxas de reinternação hospitalar em até 30 dias (Hinch & Staffileno, 2021; Gilbert *et al.*, 2021; Crannage *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2019; Warren *et al.*, 2019; Huckfeldt *et al.*, 2019; Low *et al.*, 2017; Wong *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2015; Low *et al.*, 2015; Ornstein *et al.*, 2011; Daley *et al.*, 2010) e melhoria da autonomia do idoso para condução de sua reabilitação (Hinch *et al.*, 2021; Poelzl *et al.*, 2021; Daliri *et al.*, 2021; Baecker *et al.*, 2020; Vearing *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2019; Warren *et al.*, 2019; Huckfeldt *et al.*, 2019; Ballard *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2018; Hanan *et al.*, 2018; Iseler *et al.*, 2018; Takahashi *et al.*, 2016; Heim *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2016; Lovelace *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2015; Low *et al.*, 2015; Mae *et al.*, 2014; Cheng *et al.*, 2014; Logue *et al.*, 2013; Kind *et al.*, 2012; Shu *et al.*, 2011; Stauffer *et al.*, 2011), portanto é importante a implementação de ações em saúde estratégicas.

No que se refere às taxas de readmissão hospitalar, é concordância entre os autores que, em média, 20% dos pacientes idosos que receberam alta hospitalar para domicílio experimentaram algum tipo de evento adverso evitável, sobre sua condição de saúde, que acarretou o processo de readmissão hospitalar. Dentre os quais, dois terços desses eventos estão relacionados ao manejo incorreto da terapêutica medicamentosa prescrita para uso em domicílio (Heim *et al.*, 2016).

Nesse sentido, para Murphy *et al.* (2019), um componente essencial que deve estar presente em Programas de Transição de Cuidados, para lidar com o problema supracitado, é a adoção de ações educacionais durante o processo de

hospitalização, voltadas aos cuidados com a terapêutica medicamentosa usual de idosos. Essas ações devem focar, principalmente, no entendimento sobre a importância de adotar a medicação e as formas de evitar erros comuns na gestão dos medicamentos. Destaca-se que, para a determinação de um cuidado efetivo para essa parcela da população, é importante definir o idoso como intérprete do seu amparo, sendo necessário que ele tenha conhecimento da sua situação de saúde e seja estimulado a desenvolver autonomia diante da tomada de decisões (Murphy *et al.*, 2019).

Para tanto, Neu e demais pesquisadores (2020), ao analisar um Programa de Transição de Cuidados para idosos que demonstrou eficácia significativa, no ponto de vista estatístico, na redução das taxas de reinternação hospitalar (10,5% no grupo intervenção, contra 17,3% no grupo controle), propuseram três intervenções com o objetivo de combater problemas relacionados ao uso de medicamentos. São as seguintes: 1) revisão da terapêutica medicamentosa com um profissional da saúde - seja ele médico, enfermeiro ou farmacêutico - durante o processo de internação, abordando a função do fármaco, riscos de alergia e os efeitos adversos comuns e incomuns mediante o diagnóstico; 2) discussão envolvendo médicos e enfermeiros sobre o plano terapêutico proposto para adoção, em domicílio, durante o processo de alta hospitalar e quais as estratégias educacionais que pudessem ser usadas para efetivar o entendimento do paciente segundo as prescrições e 3) aconselhamento do paciente e/ou cuidador, por meio de materiais educacionais, com foco nos cuidados para uso de medicamentos.

No entanto, os impactos de redução nas taxas de readmissão hospitalar, com o uso somente de estratégias educativas em ambiente intra-hospitalar, não foram, estatisticamente, significativas para Donaho *et al.* (2015). Tal resultado pode estar relacionado à necessidade de elaborar ações em saúde no contexto pós-alta hospitalar, tendo em vista a eficácia observada nos demais estudos (Gilbert *et al.*, 2021; Vearing *et al.*, 2019; Wu *et al.*, 2019; Huckfeldt *et al.*, 2019; Murphy *et al.*, 2019; Finlayson *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2018; Low *et al.*, 2017; Takahashi *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2016; Lovelace *et al.*, 2016; Shu *et al.*, 2011), que utilizaram, de forma mista, ações educativas, de gerenciamento e supervisão de medicações, tanto em ambiente intra-hospitalar quanto em domicílio. Face ao exposto, uma estratégia predominante entre os autores para a supervisão e gestão de medicações, foi incluir a figura de profissionais multidisciplinares com a função de supervisionar o programa.

Segundo Crannage *et al.* (2020), a inserção do profissional farmacêutico no cuidado multidisciplinar torna-se relevante, a fim de garantir a eficácia de programas de transição do cuidado quanto à gestão de erros de medicação, por parte dos usuários. O farmacêutico é o profissional qualificado e apto a identificar e corrigir discrepâncias em receituários médicos, além de fornecer capacitação para o paciente e supervisão de sua terapêutica medicamentosa, impactando diretamente na redução da incidência de efeitos adversos evitáveis.

A figura do profissional enfermeiro demonstrou ser igualmente efetiva na supervisão de medicações, sendo descrita por autores (Gilbert, T. *et al.*, 2021; Crannage *et al.*, 2020; Neu *et al.*, 2020; Warren *et al.*, 2019; Murphy *et al.*, 2019; Finlayson *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2018; Hanan *et al.*, 2018; Iseler *et al.*, 2018; Low *et al.*, 2017; Takahashi *et al.*, 2016; Heim *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2016; Morrison *et al.*, 2016; Lovelace *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2015; Low *et al.*, 2015; Mae *et al.*, 2014; Wee *et al.*, 2014; Cheng *et al.*, 2014; Logue *et al.*, 2013; Kind *et al.*, 2012; Shu *et al.*, 2011; Stauffer *et al.*, 2011) como essencial no processo de comunicação entre os diferentes níveis da atenção à saúde, no processo de transição do cuidado do hospital para domicílio.

No que tange à qualificação desses profissionais, para cumprir a função de supervisão efetiva, Huckfeldt *et al.* (2019) defendem a estratégia do diálogo multidisciplinar com a equipe de Atenção Primária à Saúde. O objetivo é definir ações de acordo com as singularidades de cada idoso, de modo que ocorra a capacitação e promoção da autonomia dos pacientes, de modo a compreender suas fragilidades e predisposição à ocorrência de eventos que acometam seu estado de saúde.

No que diz respeito às ações em saúde aplicadas durante a internação, embora poucos estudos tenham implementado

intervenções terapêuticas no ambiente intra-hospitalar, observou-se concordância entre os autores, acerca do papel de planos de alta especializados, que se constituem como o alicerce de Programas de Transição de Cuidados para idosos (Gilbert *et al.*, 2021; Deng *et al.*, 2020; Murphy *et al.*, 2019; Aboumatar *et al.*, 2018; Ballard *et al.*, 2018; Low *et al.*, 2017; Takahashi *et al.*, 2016; Heim *et al.*, 2016; Zhou *et al.*, 2015; Wong *et al.*, 2015; Naylor *et al.*, 2013; Stauffer *et al.*, 2011). Vale destacar que, para Hanan *et al.* (2018), os planos de alta devem apresentar componentes como: orientações para paciente, familiares e/ou cuidador acerca do prognóstico e terapêutica medicamentosa e de reabilitação que será adotada em domicílio; agendamento de consulta de retorno, com média de até sete dias após alta hospitalar; orientações acerca de possíveis eventos adversos relacionados ao estado de saúde, orientações e encaminhamento para a equipe de Atenção Primária à Saúde sobre o caso.

Em estudo de Robertson e pesquisadores (2018), cujo programa de transição do cuidado iniciou ainda em ambiente hospitalar, foi possível concluir uma associação entre planos de alta especializados e uma redução das taxas de readmissão hospitalar, em 30 dias. Neste caso, o programa de alta consistiu em uma prescrição de cuidados intra-hospitalares para facilitar a adesão à medicação e consultas de alta prolongada, com uma enfermeira treinada para enfatizar os cuidados pós-operatórios, medicamentos, cuidados incisionais, nutrição, sinais que merecem retorno ao atendimento médico e agendamento de consultas de acompanhamento. Além disso, após a alta hospitalar, os pacientes receberam um telefonema de vigilância, decorridas 48 horas.

Essa ação de contato, após alta hospitalar, está presente em uma parcela da amostra de artigos eleita (Crannage *et al.*, 2020; Finlayson *et al.*, 2018; Robertson *et al.*, 2018; Iseler *et al.*, 2018; Low *et al.*, 2015), constituindo-se também como uma ação essencial para efetivar Programas de Transição de Cuidados, sob o formato de acompanhamento telefônico ou visitas domiciliares.

Quanto ao tempo para implementar a ação, na visão de Baecker e colaboradores (2020), o tempo ideal para início é de dois dias após a alta hospitalar. Destaca-se que o tempo de duração das ações foi aplicado pela maioria dos autores, por um período de 30 dias, que também foi o tempo máximo de duração da maioria dos Programas de Transição de Cuidados descritos na amostra de artigos eleitos por esse estudo (Neu *et al.*, 2020; Wu *et al.*, 2019; Warren *et al.*, 2019; Logue *et al.*, 2013; Kind *et al.*, 2012).

Para Vearing e colegas (2019), além de proporcionar a integralização do cuidado, tendo em vista a continuidade do cuidar no processo de transferência do idoso do hospital para domicílio, ações de visitas domiciliares são tidas como uma ponte para implementar diferentes ações em saúde, dentro de Programas de Transição de Cuidados, com vista, principalmente, para a reabilitação nutricional, física e psicológica do idoso.

Ainda no estudo de Vearing supracitado (2019), foi possível observar uma redução de 10% nas taxas de readmissão hospitalar em 30 dias, por meio de um Programa de Transição de Cuidados que consistiu em acompanhamento domiciliar pós-alta hospitalar, por uma equipe multidisciplinar composta por nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiras e psicólogos. Os participantes receberam suporte dietético individualizado, dependendo de suas necessidades e requisitos, além de avaliação nutricional rotineira, por meio de instrumentos semiestruturados que foram aplicados durante as visitas domiciliares de terapeutas e nutricionistas. Foram evidenciadas melhorias autorreferidas pelos idosos acerca da saúde mental, referentes ao processo de adoecimento.

Por fim, observa-se que, para o amparo integralizado ao idoso, Programas de Transição de Cuidados se apresentam como uma ferramenta que deve ser utilizada para assegurar a assistência em saúde continuada, no processo de transferência dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, faz-se necessário refletir que a base de Programas de Transição de Cuidados se dá por meio da comunicação entre os diferentes focos de atenção e, como já é sabido, sobre as dificuldades de interoperabilidade e compartilhamento de informações entre os níveis de atenção em saúde. Torna-se

imprescindível o papel de agentes regulamentadores que assegurem processos de transição, que contemplem a atenção integral e adoção das principais ações em saúde, previstas em Programas de Transição de Cuidados.

Embora os estudos elencados nesta revisão tenham apresentado contextos externos à realidade brasileira, o que dificulta a compreensão da eficácia de Programas de Transição de Cuidados para idosos no país, é válido dizer que, na lógica das Redes de Atenção à Saúde, o Brasil possui portabilidade para implementação desses programas, fazendo-se necessário adaptá-los para o Sistema Único de Saúde (SUS).

5. Conclusão

A revisão integrativa possibilitou observar a potencialidade de Programas de Transição de Cuidados para idosos, que impactam diretamente na melhora da adesão à medicação, do estilo de vida saudável e indicadores clínicos, bem como taxas menores de eventos adversos e readmissões hospitalares. O cuidado configura-se por meio de ações em saúde como: educação do paciente, familiares e/ou cuidador, ainda em ambiente hospitalar; acompanhamento telefônico e domiciliar após alta; supervisão e gestão de medicações e criação de planos terapêuticos individuais que visem a reabilitação nutricional, física e cognitiva do paciente. Recomenda-se a realização de estudos acerca de ações em saúde adotadas em outros contextos, após alta hospitalar, como em hospitais de retaguarda ou instituições de permanência para idosos, que possam contribuir diretamente para a estruturação de Programas de Transição de Cuidados, promovendo visibilidade de ações eficazes que são implementadas, mas ainda não evidenciaram sua relação com Programas de Transição de Cuidados para idosos.

Referências

- Aboumatar, H., Naqibuddin, M., Chung, S., Chaudhry, H., Kim, S. W., Saunders, J., Bone, L., Gurses, A. P., Knowlton, A., Pronovost, P., Putcha, N., Rand, C., Roter, D., Sylvester, C., Thompson, C., Wolff, J. L., Hibbard, J. & Wise, R. A. (2019). Effect of a Hospital-Initiated Program Combining Transitional Care and Long-term Self-management Support on Outcomes of Patients Hospitalized With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal Of The American Medical Association*, 322(14), 1371-1380.
- Aboumatar, H., Naqibuddin, M., Chung, S., Chaudhry, H., Kim, S. W., Saunders, J., Bone, L., Gurses, A. P., Knowlton, A., Pronovost, P., Putcha, N., Rand, C., Roter, D., Sylvester, C., Thompson, C., Wolff, J. L., Hibbard, J. & Wise, R. A. (2018). Effect of a Program Combining Transitional Care and Long-term Self-management Support on Outcomes of Hospitalized Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease A Randomized Clinical Trial (Retracted article. See vol. 322, pg. 1417, 2019). *Journal Of The American Medical Association*, 320(22), 2335-2343.
- Baecker, A., Meyers, M., Koyama, S., Taitano, M., Watson, H., Machado, M. & Nguyen, H. Q. (2020). Evaluation of a Transitional Care Program After Hospitalization for Heart Failure in an Integrated Health Care System. *Jama Network Open*, 3(12).
- Ballard, J., Rankin, W., Roper, K. L., Weatherford, S. & Cardarelli, R. (2018). Effect of Ambulatory Transitional Care Management on 30-Day Readmission Rates. *American journal of medical quality*, 33(6), 583-589.
- Ministério da Saúde (BR). (2013). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Ministério da Saúde. Brasília, p. 160.
- Burke, R. E. Kripalani, S., Vasilevskis, E. E. & Schnipper, J. L. (2013). Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, 8(2), 102-109.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Paniz, V. M. V. & Soares, P. C. (2011). Características da demanda do serviço de saúde de emergência no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 79-106.
- Centeno, M. M. & Kahveci, K. L. (2014). Transitional care models: Preventing readmissions for high-risk patient populations. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 26(4), 589-597.
- Coleman, E. A. & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-7, 2003.
- Crannage, A. J., Hennessey, E. K., Challen, L. M., Stevens, A. M. & Berry, T. M. (2020). Implementation of a Discharge Education Program to Improve Transitions of Care for Patients at High Risk of Medication Errors. *Annals Of Pharmacotherapy*, 54(6), 561-566.
- Daliri, S., Kooij, M. J., Reimer, W. J. M. S. O., Riet, G., Jepma, P., Verweij, L., Peters, R. J. G., Buurman, B. M. & Karapinar-Carkit, F. (2021). Effects of a transitional care programme on medication adherence in an older cardiac population: A randomized clinical trial. *British Journal Of Clinical Pharmacology*.

- Daley, C. M. (2010). A hybrid transitional care program. *Critical Pathways In Cardiology*, 9(4), 231-234.
- Deng, A., Yang, S. & Xiong, R. (2020). Effects of an integrated transitional care program for stroke survivors living in a rural community: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(4), 524-532.
- Donaho, E. K., Hall, A. C., Gass, J. A., Elayda, M. A., Lee, V., Paire, S. & Meyers, D. E. (2015). Protocol-Driven Allied Health Post-Discharge Transition Clinic to Reduce Hospital Readmissions in Heart Failure. *Journal Of The American Heart Association*, 4(12).
- Finlayson, K., Chang, A. M., Courtney, M. D., Edwards, H. E., Parker, A. W., Hamilton, K. Y. R. A., Pham, T. D. X. & O'Brien, J. (2018). Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC health services research*, 18(1), 956-956.
- Garcia, A. K. A., Fonseca L. F., Aroni P. & Galvão C. M. (2016). Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1148-55.
- Goulart, F. A. A. (2011). *Doenças Crônicas não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, p. 92.
- Heim, N., Rolden, H., Van Fenema, E. M., Weverling-Rijnsburger, A.W.E., Tuijl, J. P., Jue, P., Oleksik, A. M., de Craen, A. J. M., Mooijaart, S. P., Blauw, G. J., Westendorp, R. G. J., Van Der Mast, R. C. & Van Everdinck, I. E. C. (2016). The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. *Age Ageing*, 45(5), 642-651.
- Hinch, B. K. & Staffileno, B. A. (2021). Implementing a Heart Failure Transition Program to Reduce 30-Day Readmissions. *Journal for Healthcare Quality*, 43(20), 110-118.
- Huckfeldt, P. J., Reyes, B., Engstrom, G., Yang, Q., Diaz, S., Fahmy, S. & Ouslander, J. G. (2019). Evaluation of a Multicomponent Care Transitions Program for High-Risk Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2634-2642.
- Iseler, J., Fox, J. & Wierenga, K. (2018). Performance Improvement to Decrease Readmission Rates for Patients With a Left Ventricular Assist Device. *Progress in transplantation*, 28(2), 184-188.
- Jepma, P., Verweij, L., Buurman, B. M., Terbraak, M. S., Daliri, S., Latour, C. H. M., Ter Riet, G., Karapinar-Çarkit, F., Dekker, J., Klunder, J. L., Liem, S. S., Moons, A. H. M., Peters, R. J. G. & Scholte Op Reimer, W. J. M. (2021). The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. *Age and ageing*, 50(6), 2105-2115.
- Kind, A. J., Jensen, L., Barczy, S., Bridges, A., Kordahl, R., Smith, M. A. & Asthana, S. (2012). Low-cost transitional care with nurse managers making mostly phone contact with patients cut rehospitalization at A VA hospital. *Health Affairs*, 31(12), 2659-2668.
- Logue, M. D. & Drago, J. (2013). Evaluation of a modified community based care transitions model to reduce costs and improve outcomes. *BMC Geriatrics*, 13(1).
- Lovelace, D., Hancock D., Hughes S. S., Wyche P. R., Jenkins C. & Logan, C. (2016). A Patient-Centered Transitional Care Case Management Program: Taking Case Management to the Streets and Beyond. *Professional case management*, 21(6), 277-290.
- Low, L. L., Tan, S. Y., Ng, M. J. M., Tay, W. Y., Ng, L. B., Balasubramaniam, K., Towle, R. M. & Lee, K. H. (2017). 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*, 2(1)
- Low, L. L., Vasanwala, F. F., Ng, L. B., CHEN, C., Lee, K. H. & Tan, S. Y. (2015). Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 15(1).
- Mendes, K. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Melnik, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2001). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Morrison, J., Palumbo, M. V. & Rambur, B. (2016). Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care. *Journal of nursing scholarship*, 48(3), 322-9.
- Mourad, O., Hossam, H., Zbys F. & Adn A. E. (2016). Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5, 20.
- Murphy, J. A., Schroeder, M. N., Rarus, R. E., Yakubu, I., Mckee, S. O. P. & Martin, S. J. (2019). Implementation of a Cardiac Transitions of Care Pilot Program: A Prospective Study of Inpatient and Outpatient Clinical Pharmacy Services for Patients With Heart Failure Exacerbation or Acute Myocardial Infarction. *Journal of Pharmacy Practice*, 32(1), 68-76.
- Naylor, M. D., Bowles, K. H., Mccauley, K. M., Maccoy, M. C., Maislin, G., Pauly, M. V. & Krakauer, R. (2013). High-value transitional care: Translation of research into practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 727-733.
- Neu, R., Leonard, M. A., Dehoorne, M. L., Scalia, S. J., Kale-Pradhan, P. B. & Giuliano, C. A. (2020). Impact of Pharmacist Involvement in Heart Failure Transition of Care. *Annals of Pharmacotherapy*, 54(3), 239-246.
- Ornstein, K., Smith, K. L., Foer D. H., Lopez-Cantor, M. T. & Soriano, T. T. (2011). The hospital and back home again: a nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 544-51.
- Poelzl, G., Egelseer-Bruendl, T., Pfeifer, B., Modre-Osprian, R., Welte, S., Fetz, B., Krestan, S., Haselwanter, B., Zaruba, M. M., Doerler, J., Rissbacher, C., Ammenwerth, E. & Bauer, A. (2021). Feasibility and effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management programme for heart failure patients in clinical practice: the HerzMobil Tirol programme. *Clinical Research In Cardiology*.

- Registered Nurses' Association Of Ontario (2014). *Care transitions. Clinical best practice guidelines*. Toronto: RNAO.
- Robertson, F. C., Logsdon, J. L., Dasenbrock, H. H., Yan, S. C., Raftery, S. M., Smith, T. R. & Gormley, W. B. (2018). Transitional care services: a quality and safety process improvement program in neurosurgery. *Journal of neurosurgery*, 128(5), 1570-1577.
- Robinson, T. E., Zhou, L., Kerse, N., Scott, J. D. R., Christiansen, J. P., Holland, K., Armstrong, D. E. & Bramley, D. (2015). Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults. *Australasian Journal on Ageing*, 34(4), 269-274.
- Rossetto, C., Soares J. V., Brandão, M. L., Rosa, N. G. & Rosset, I. (2019). Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190201.
- Shmidt, M. I. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 377(9781), 1949-1961.
- Stauffer, B. D., Fullerton, C., Fleming, N., Ogola, G., Herrin, J., Stafford, P. M. & Ballard, D. J. (2011). Effectiveness and Cost of a Transitional Care Program for Heart Failure A Prospective Study With Concurrent Controls. *Archives Of Internal Medicine*, 171(14), 1238-1243.
- Shu, C., Hsu, N., Lin, Y., Wang, J., Lin, J. K. & Wen J.E. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. *BMC Medicine*, 9.
- Takahashi, P. Y., Naessens, J. M., Peterson, S. M., Rahman, P. A., Shah, N. D., Finnie, D. M., Weymiller, A. J., Thorsteinsdottir, B. & Hanson, G. J. (2016). Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population. *Healthcare*, 4(1), 30-35.
- Vearing, R., Casey, S., Zaremba, C., Bowden, S., Ferguson, A., Goodisson, C., Potter, J., Evry, N. & Charlton, K. (2019). Evaluation of the impact of a post-hospital discharge Transitional Aged Care Service on frailty, malnutrition and functional ability. *Nutrition and Dietetics*, 76(4), 472-479.
- Warren, C., Lemieux, A. A. & Bittner, N. P. (2019). Excellence in Population Health A Successful Community-Based Care Transitions Program Model. *Professional Case Management*, 24(1), 39-45.
- Wee, S., Loke, C., Liang, C., Ganesan, G., Wong, L. & Cheah, J. (2014). Effectiveness of a National Transitional Care Program in Reducing Acute Care Use. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62(4), 747-753.
- Wong, F. K. Y. & Yeung, S. M. (2015). Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: A randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 23(6), 619-631.
- Wong F.K., Ng A., Lee P.H., Lam P.T., Ng J.S., Ng N.H. & Sham M.M. (2016). Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomised controlled trial. *Heart (British Cardiac Society)*, 102(14), 1100-1108.
- Wong A. K. C., Wong F. K. Y., Ngai J. S. C., Hung S. Y. K. & Li W. C. (2020). Effectiveness of a health-social partnership program for discharged non-frail older adults: a pilot study. *BMC geriatrics*, 20(1), 339.
- Wu, Q., Zhang, D., Zhao, Q., Liu, L., He, Z., Chen, Y., Huang, H., Hou, Y., Yang, X. & Gu, J. (2019). Effects of transitional health management on adherence and prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction in percutaneous coronary intervention: A cluster randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(5).