

CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO ENTRE CONTEXTOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE REHABILITACIÓN ENTRE CONTEXTOS DE SALUD: ESTUDIO DE CASO

CONTINUITY OF REHABILITATION CARE BETWEEN HEALTH CONTEXTS: CASE STUDY

DOI 10.33194/rper.2020.v3.s1.9.5815. | Submetido 26/09/2020 | Aprovado 27/10/2020

Rui Pedro Silva¹ ; Elisabeth Sousa² 

1 - ACES Maia/Valongo; 2 - Centro Hospitalar Universitário de S. João;

RESUMO

Objetivo: Descrever, sob a perspetiva da continuidade de cuidados, um caso clínico onde se verificou acompanhamento por enfermagem de reabilitação durante um ano, envolvendo diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

Materiais e método: O caso reporta a um utente com multimorbilidade, o qual foi alvo de cuidados de saúde em quatro contextos de distintos ao longo do último ano: ECCI, internamento hospitalar de agudos, internamento hospitalar de manutenção/reabilitação e ambulatório. Em cada um dos contextos descritos, o utente foi alvo de uma avaliação por parte de enfermagem de reabilitação, da qual resultou a implementação de um plano de reabilitação sempre que a condição clínica o permitiu. Em cada um dos contextos isolados verificou-se evolução positiva funcional e/ou clínica, da qual se traduz evolução significativa ao comparar os extremos cronológicos do período temporal em causa. Entre cada contexto distinto verificou-se comunicação formal e informal de dados clínicos, entre os quais o plano de reabilitação em curso no momento da transição entre contextos.

Resultados e discussão: Da análise dos dados expostos, é possível fazer as seguintes inferências: a) houve evolução positiva da condição funcional do utente entre o início e o final do período em análise (recuperação total da força muscular, do equilíbrio e da autonomia dos autocuidados); b) em cada contexto individual, e sempre que a condição clínica do utente permitiu, foi implementado um plano de reabilitação específico, do qual resultaram ganhos funcionais e clínicos; c) embora tenha havido comunicação formal e informal entre contextos acerca do plano de reabilitação, não se seguiu um plano de reabilitação único e dinâmico; d) possivelmente, um plano de reabilitação único e dinâmico permitiria atingir mais rapidamente os resultados obtidos, pela maior fluidez dos cuidados entre contextos.

Conclusão: É possível ter estratégias de reabilitação a longo prazo em casos clínicos complexos, mesmo que entrem em equação vários contextos de prestação de cuidados de saúde. Embora a comunicação entre os diferentes contextos permita sequenciar os respetivos planos de reabilitação, existe espaço para que se melhore a continuidade de cuidados entre diferentes serviços e se ambicione a adoção de um plano de reabilitação único, transversal e dinâmico; um possível caminho para essa melhoria será a formalização da comunicação direta entre os seus profissionais, como complemento da utilização dos sistemas de informação em uso.

Palavras-chave: Estudo de caso; Reabilitação; Continuidade de cuidados; Hospital; Comunidade

RESUMEN

Objetivo: Describir, desde la perspectiva de la continuidad asistencial, un caso clínico donde se realizó un seguimiento por parte de la enfermería rehabilitadora durante un año, involucrando diferentes contextos de prestación asistencial.

Materiales y método: El caso relata a un usuario con multimorbilidad, que ha sido objeto de atención sanitaria en cuatro contextos diferentes durante el último año: ICCE, ingreso hospitalario agudo, ingreso hospitalario de mantenimiento / rehabilitación y ambulatorio. En cada uno de los contextos descritos, el usuario fue sometido a una evaluación por parte de la enfermera de rehabilitación, lo que resultó en la implementación de un plan de rehabilitación siempre que la condición clínica lo permitiera. En cada uno de los contextos aislados, hubo una evolución funcional y / o clínica positiva, lo que se traduce en una evolución significativa al comparar los extremos cronológicos del período en cuestión. Entre cada contexto diferente, hubo comunicación formal e informal de datos clínicos, incluido el plan de rehabilitación en curso en el momento de la transición entre contextos.

Resultados y discusión: A partir del análisis de los datos expuestos, es posible hacer las siguientes inferencias: a) hubo una evolución positiva de la condición funcional del usuario entre el inicio y el final del período analizado (recuperación total de la fuerza muscular, equilibrio y autonomía de los usuarios). cuidados personales); b) en cada contexto individual, y siempre que la condición clínica del paciente lo permitiera, se implementó un plan de rehabilitación específico, que resultó en ganancias funcionales y clínicas; c) aunque hubo comunicación formal e informal entre contextos sobre el plan de rehabilitación, no se siguió un plan de rehabilitación único y dinámico; d)

posiblemente, un plan de rehabilitación único y dinámico permitiría alcanzar con mayor rapidez los resultados obtenidos, debido a la mayor fluidez asistencial entre contextos.

Conclusión: Es posible tener estrategias de rehabilitación a largo plazo en casos clínicos complejos, incluso si entran en ecuación varios contextos de prestación de servicios de salud. Si bien la comunicación entre los diferentes contextos permite la secuenciación de los respectivos planes de rehabilitación, hay espacio para mejorar la continuidad asistencial entre los diferentes servicios y la ambición es adoptar un plan de rehabilitación único, transversal y dinámico; una posible vía para esta mejora será la formalización de la comunicación directa entre sus profesionales, como complemento al uso de los sistemas de información en uso.

Palabras clave: Estudio de caso; Rehabilitación; Continuidad de los cuidados; Hospital; Comunidad

ABSTRACT

Objective: To describe, from the perspective of continuity of care, a clinical case where there has been monitoring by rehabilitation nurses for a year, involving different contexts of health care provision.

Materials and method: The case reports to a patient with multimorbidity, who has been the target of health care in four different contexts over the past year: ECCI, acute hospital admission, maintenance / rehabilitation hospital admission and ambulatory. In each of the described contexts, the user was subject to an assessment by the rehabilitation nurse, which resulted in the implementation of a rehabilitation plan whenever the clinical condition allowed. In each of the isolated contexts, there was a positive functional and / or clinical evolution, which translates into significant evolution when comparing the chronological extremes of the period in question. Between each different context, there was formal and informal communication of clinical data, including the rehabilitation plan underway at the time of the transition between contexts.

Results and discussion: From the analysis of the exposed data, it is possible to make the following inferences: a) there was a positive evolution of the user's functional condition between the beginning and the end of the period under analysis (total recovery of muscle strength, balance and autonomy of the users. self-care); b) in each individual context, and whenever the patient's clinical condition allowed, a specific rehabilitation plan was implemented, which resulted in functional and clinical gains; c) although there was formal and informal communication between contexts about the rehabilitation plan, a unique and dynamic rehabilitation plan was not followed; d) possibly, a unique and dynamic rehabilitation plan would allow to achieve the results obtained more quickly, due to the greater fluidity of care between contexts.

Conclusion: It is possible to have long-term rehabilitation strategies in complex clinical cases, even if several contexts of health care provision come into equation. Although the communication between the different contexts allows the sequencing of the respective rehabilitation plans, there is room for improving the continuity of care between different services and the ambition is to adopt a single, transversal and dynamic rehabilitation plan; a possible way for this improvement will be the formalization of direct communication between its professionals, as a complement to the use of the information systems in use.

Keywords: Case study; Rehabilitation; Continuity of care; Hospital; Community

INTRODUÇÃO

A continuidade de cuidados é um alicerce fundamental na gestão de cuidados de saúde, principalmente no caso de pessoas com condições patológicas crônicas⁽¹⁾. A complexidade da gestão clínica de uma pessoa com múltiplas morbidades intensifica-se com a coexistência de vários contextos de prestação de cuidados de saúde, o que se pode traduzir num obstáculo à gestão integrada, sistémica e sistematizada da situação⁽²⁾. É, assim, de especial relevo manter uma linha condutora no que concerne ao plano de cuidados de determinada pessoa, linha essa que deverá ser transversal aos diferentes contextos de prestação de cuidados que essa pessoa utilize⁽³⁾.

Com base no descrito e concretizando-o nos cuidados de reabilitação, facilmente se assume a dificuldade de manter a transversalidade de um plano de cuidados quando determinada pessoa oscila entre diferentes contextos de prestação de cuidados (casa, internamento hospitalar intensivo, internamento hospitalar de agudos, unidade de internamento da

RNCCI, etc.), o que pode enfraquecer a eficácia do mesmo. Assume-se, desta forma, a pertinência da otimização da comunicação entre os diferentes contextos, para que a informação clínica relevante esteja sempre na posse de quem planeia, prescreve, implementa e avalia dos cuidados de saúde prestados, nos quais se incluem os cuidados de reabilitação.

Este trabalho pretende apresentar um caso clínico de uma pessoa com múltiplas morbidades, explanando-se a oscilação do plano de reabilitação ao longo de um ano de intervenção, oscilação essa resultante maioritariamente da variação dos contextos clínicos experienciada por essa pessoa. Paralelamente, abordar-se-á a comunicação estabelecida entre os diferentes contextos, na qual se tentou basear a continuidade de cuidados de reabilitação. Por último, descrever-se-ão os ganhos obtidos.

MATERIAIS E MÉTODO

Tratando-se de um estudo de caso, foi selecionada a metodologia *CAsE REports Guidelines* (CARE)⁽⁴⁾, a partir da qual se estruturou a informação disponível. O estudo de caso reporta ao período compreendido entre outubro de 2019 e outubro de 2020.

Informação clínica (outubro 2019)

JPN, género masculino, de 73 anos, com os seguintes antecedentes clínicos relevantes:

- obesidade mórbida (160Kg, IMC de 49,3Kg/m²)
- HTA com controlo farmacológico
- insuficiência venosa periférica sem compromisso arterial (ITB - Índice Tornozelo-Braço de 1 (MID) e 1,1 (MIE))
- Diabetes Mellitus tipo 2, sob antidiabéticos orais
- dislipidemia
- 7 úlceras venosas (3 no MID e 4 no MIE), com cerca de 5 anos de evolução

Como condicionantes adicionais de risco apresenta:

- Hábitos etílicos pesados
- Sedentarismo
- Alimentação predominantemente de carnes vermelhas e alimentos com alto teor de gordura

Linha cronológica

02/10/2019: Admissão em ECCI por necessidade de tratamento diário das úlceras venosas.

09/01/2020: Admitido em serviço de internamento de Medicina Interna, por celulite do membro inferior direito

12/02/2020: Admissão em Unidade de Cuidados Prolongados

05/03/2020: Readmissão em ECCI

22/07/2020: Ingresso em projeto de reabilitação em contexto de ginásio

Avaliação, Intervenção e Resultados

02/10/2019 - 09/01/2020, ECCI

Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação (resumo dos dados relevantes):

- Peso: 160Kg (IMC 49,3Kg/m²)
- Força muscular (EFMMRC - Escala de Força Muscular do Medical Research Council): 4+ nos 4 membros
- Amplitude articular: diminuição da amplitude na flexão do ombro, da abdução bilateral da perna e da amplitude da articulação tibiotársica
- Equilíbrio corporal: alteração do equilíbrio ortostático dinâmico
- Índice de Barthel: 70
- 7 úlceras venosas (3 no MID e 4 no MIE), com área combinada de cerca de 150cm²
- Edema significativo em ambos os membros associado à insuficiência venosa periférica

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

Face ao contexto descrito, foi priorizada a estabilização do processo cicatricial das úlceras venosas, bem como a diminuição do edema de estase. Para isso, foi implementada terapia compressiva (dado o ITB o permitir), associada à implementação de medidas promotoras da otimização do leito da ferida.

De forma a potenciar o efeito da terapia compressiva na potenciação das bombas plantar e gemelar (razão pela qual foi executada com ligaduras de curta tração⁽⁵⁾), foram implementadas as seguintes intervenções:

- mobilização passiva dos MIs, com enfoque na amplitude da articulação tibiotársica
- instrução e treino de exercícios de reforço dos gastrocnémios
- otimização do calçado

Após otimização da terapia compressiva, foram adicionadas as seguintes intervenções para melhorar o equilíbrio dinâmico:

- instrução e treino de exercícios de abdução dos MIs
- instrução e treino de exercícios de fortalecimento do tronco (dissociação de cinturas, mobilização ativa-resistida dos MSs, levante de cadeira sem utilização dos MSs)

Resultados da intervenção:

Com o plano descrito, foi possível obter os seguintes resultados (à data de 31/12/2019):

- Aumento da força muscular, passando a ser de 5 nos 4 membros
- Amplitude articular: recuperação total da amplitude normal da flexão do ombro e recuperação parcial das amplitudes da abdução bilateral da perna e da articulação tibiotársica
- Índice de Barthel: aumento para 80

A 08/01/2020, e em contexto de instalação de sinais inflamatórios *major* na perna direita, o JPN foi encaminhado para o serviço de urgência hospitalar, tendo ficado internado no serviço de Medicina Interna a 09/01/2020.

02/01/2020 - 12/02/2020, internamento em Medicina Interna

Durante o período de internamento na Medicina Interna o processo de reabilitação ficou suspenso dada a gravidade da situação clínica (celulite grave por microrganismo multirresistente -> doses altas de vancomicina em função do peso corporal -> IRA -> hemodiálise de 16/01 a 03/02), o que obrigou a um alectoamento prolongado e consequente descondicionamento.

Assim que se verificou estabilização clínica, o JPN foi transferido para a Unidade de Cuidados Prolongados, onde reiniciou o seu plano de reabilitação enquanto aguardava vaga de reingresso na ECCL.

Sempre que necessário houve troca de informação entre a ECCL e o serviço de internamento, com a família de JPN enquanto elemento facilitador dessa comunicação.

12/02/2020 - 05/03/2020, internamento em Unidade de Cuidados Prolongados

Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação:

- Utente consciente, orientado no tempo/espaço e pouco colaborante nos cuidados
- Sem alterações da linguagem
- Com humor depressivo deprimido
- Dependente em grau elevado nos autocuidados: higiene, vestir/despir, uso de sanitário, erguer-se, transferir-se e posicionar-se
- Dependente em grau reduzido no autocuidado: alimentar-se (come por mão própria mas necessita de ajuda de terceiros na orientação do tabuleiro) e no arranjar-se (necessita de ajuda para a barba)
- Sem disfagia (Guss de 20)
- Dependente na gestão terapêutica, necessita de ajuda para retirar invólucros dos fármacos
- Equilíbrio corporal na posição ortostática e dinâmico comprometido, na posição de sentado sem alterações.
- Movimento muscular comprometido nos membros superiores (3- segundo a EFMMRC)
- Membros inferiores de 2+/2/2 segundo a EFMMRC (não consegue fazer carga sem apoio e não consegue pôr-se em pé)
- Dor presente (6/10) provocado por edema nos MIs e várias úlceras venosas nos MIs e lesão por humidade na região nadegueira direita

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

Reforço muscular:

- MSs: com auxílio de bastão, faixa elástica e posteriormente halteres;
- MIs: tábua de Freemann para mobilização ativa dos membros e principalmente tibiotársica;

Equilíbrio:

- Verticalização com apoio de barras e posteriormente andarilho para fazer levantes e transferir de cama para cadeira de rodas/sanita;

Reeducação funcional respiratória:

- Exercícios de motricidade fina promovendo assim independência no autocuidado alimentar-se, e arranjar-se.

Resultados da intervenção:

Com as intervenções descritas foi possível obter os seguintes resultados (à data de 05/03/2020):

- recuperação da independência nos autocuidados alimentar-se e arranjar-se,
- diminuição do nível de dependência nos autocuidados vestir-se, higiene corporal, transferir-se e posicionar-se
- recuperação da capacidade de se erguer com apoio
- recuperação de controlo total de esfíncteres, o que permitiu eliminar o uso de fralda.

A 05/03 o JPN reingressa na ECCL, tendo o plano de reabilitação descrito sido transmitido formalmente (via nota de alta institucional) e informalmente (por contacto telefónico entre os dois serviços).

05/03/2020 - 22/07/2020, ECCL

Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação (resumo dos dados relevantes):

- Força muscular (EFMMRC): 4- nos 4 membros, sem capacidade de carga, atribuindo-se etiologia de desuso
- Equilíbrio corporal: sem equilíbrio ortostático estático
- Índice de Barthel: 45
- 3 úlceras venosas (1 no MID e 2 no MIE)
- Lesão por humidade na nádega direita
- Edema ligeiro em ambos os membros associado à insuficiência venosa periférica

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação:

De acordo com a avaliação descrita, foi implementado o seguinte plano de reabilitação, com introdução sequencial das componentes:

- Exercícios passivos aos 4 membros
- Exercícios ativos aos 4 membros
- Exercícios ativos-resistidos aos 4 membros, com especial enfoque nos MIs
- Instrução e treino de técnica de transferência leito/cadeira
- Instrução e treino de exercícios musculares dirigidos aos 4 membros
- Treino de carga com apoio de 3ª pessoa
- Treino de carga com apoio de andarilho
- Treino de marcha com recurso a dispositivo de treino de marcha - Instrução e treino de cuidados de higiene no WC
- Instrução e treino de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário e autocuidado: higiene
- Treino de deambulação com andarilho
- Instrução e treino dos familiares para colocação de meias de compressão
- Treino de subida e descida de escadas
- Treino de deambulação sem apoio

De salientar que, ao contrário do que se verificava no primeiro internamento na ECCL, a gestão do regime dietético e farmacológico passou a estar a cargo da filha de JPN, o que levou à implementação de hábitos alimentares saudáveis, à cessação dos hábitos etílicos e ao cumprimento rigoroso da medicação prescrita.

Resultados da intervenção:

Com o plano descrito, foi possível obter os seguintes resultados (à data de 22/07/2020):

- Recuperação da força muscular 5 nos 4 membros (EFMMRC)
- Recuperação quase completa do equilíbrio corporal ortostático dinâmico, com consequente recuperação da marcha autónoma com apoio de bengala
- Índice de Barthel: 85
- Cicatrização das lesões
- Uso diário de meias de compressão
- Suspensão da terapêutica antidiabética por regularização dos valores glicémicos
- Redução do peso para 113Kg (perda acumulada desde 02/01/2020, altura em que foi internado no CHUSJ)
- Possibilidade de saída do domicílio por recuperação da capacidade de subir/descer escadas com apoio.

Dada a recuperação da capacidade de sair do domicílio, o JPN teve alta da ECCL e ingressou num projeto de reabilitação sito no Centro de Saúde, em contexto de ginásio próprio, mantendo-se aos cuidados do mesmo enfermeiro de reabilitação.

22/07/2020 - presente, ginásio de Centro de Saúde

O ingresso no projeto de reabilitação no ginásio do Centro de Saúde assenta na continuidade e escalada do plano de reabilitação implementado no contexto da ECCL. Assim, foi definido o seguinte plano de reabilitação (2x/semana):

- Exercício em máquina de remo, com intensidade progressiva em função da tolerância (atualmente com 200 movimentos em intensidade máxima)
- Exercício em cicloergómetro, com definição de metas calóricas progressivas (atualmente com 40 minutos para conseguir consumo de 300 Kcal)
- Treino de marcha com dispositivo próprio, para otimização do equilíbrio ortostático dinâmico

Resultados intervenção:

Com o plano descrito, foi possível recuperar a total autonomia nos autocuidados (100 de Índice de Barthel).

Porém, dado que existem ganhos adicionais potencialmente atingíveis através do plano de reabilitação definido (como a perda de peso e aumento da tolerância ao esforço), o JPN manter-se-á no projeto Desafio ativo até cessar o seu total potencial de recuperação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados anteriormente retratam a evolução de um ano do estado clínico e funcional de JPN, estruturada nos diferentes contextos clínicos por ele utilizados. Pela análise dos extremos cronológicos (início e fim do período temporal), é evidente a evolução positiva da condição funcional e clínica de JPN, às quais se associará decerto a condição

psicológica e emocional. Tal só foi possível pela existência de uma estrutura de saúde que contempla os diferentes contextos necessários à cabal resposta à oscilação clínica e funcional de JPN; do mesmo modo, a existência de enfermeiros de reabilitação nesses contextos permitiu que o plano de reabilitação fosse prescrito, implementado e ajustado em tempo real, garantindo a sua adequação à especificidade de cada realidade.

Não obstante a evolução positiva (funcional e/ou clínica) que se verificou em cada um dos contextos, é perceptível a compartimentação dos planos de reabilitação, os quais funcionam mais como elementos isolados de um conjunto do que componentes dinâmicos de um plano transversal.

Obviamente, não se pretende afirmar que houve incorreção nos planos de reabilitação em causa; cada um dos planos descritos cumpriu o seu propósito de forma idónea e de acordo com a situação clínica funcional que lhes serviu de base. Mas sendo o propósito máximo da continuidade de cuidados a fluidez entre contextos, centrando o processo na pessoa, percebe-se que neste caso particular a ligação e coordenação entre os diferentes serviços poderia ter tido maior expressão^(6,7).

Mais pertinente se torna a questão da fluidez entre contextos quando verificamos que a forma de comunicação inter-serviços mais utilizada foi o contacto direto e informal entre os seus profissionais, o revela alguma fragilidade do sistema formal de registo de dados no que concerne à transmissão atempada, completa e inteligível da informação clínica necessária para garantir a continuidade de cuidados. Por outras palavras, é necessário assumir que a comunicação direta entre serviços deve ser formalizada como complemento da utilização dos sistemas de informação instituídos, de forma a garantir a disponibilização eficaz e efetiva de toda a informação necessária⁽⁸⁾.

No seguimento do descrito, talvez a otimização da comunicação entre contextos catalise a evolução da simples passagem de informação para uma gestão integrada dessa mesma informação, o que se poderá traduzir, eventualmente, na estruturação de um plano de reabilitação único, dinâmico e transversal, para o qual todos os profissionais dos diferentes contextos contribuem direta e ativamente. Desta forma, aproximar-nos-íamos do que se pretende da continuidade de cuidados: centralizar realmente o processo de prestação de cuidados na pessoa que deles é alvo⁽⁹⁾.

PERSPETIVA DA PESSOA

Correndo o risco de usar um clichê, as imagens são de facto muito mais expressivas que as palavras. E para o JPN, este último ano significou uma evolução que ele próprio já não acreditava ser possível. Nas suas próprias palavras, proferidas há algumas semanas, “eu ganhei o Euromilhões... Quando me vi no hospital pensei que já não saía de lá... Mas aqui estou graças a todos!...”.

E as imagens não deixam dúvidas...

Do foco nas 7 feridas extensas ao foco no treino cardiovascular:



CONCLUSÃO

Talvez a maior conclusão a retirar deste trabalho seja “é possível...”.

É possível olhar para uma pessoa com multimorbilidade (incluindo feridas crónicas) e ver, para além disso, o potencial de recuperação funcional.

É possível definir um plano de reabilitação a longo prazo para atingir esse potencial de recuperação.

É possível implementar esse plano de reabilitação nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, ajustando-o à sua realidade específica.

É possível ter uma gestão do plano de reabilitação em função do potencial de reabilitação, em vez de se limitar a um período temporal ou número de contactos pré-definido.

É possível articular o plano de reabilitação entre contextos de prestação de cuidados, almejando a continuidade de cuidados.

É possível, mesmo com tudo o descrito atrás, ir ainda mais longe através da adoção de um processo clínico dinâmico que seja transversal a todo e qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde; para isso, pode ser pertinente assumir que a comunicação direta entre os profissionais dos diferentes serviços é importante para complementar a transmissão de dados clínicos através dos sistemas de informação em uso.

Numa frase, é possível ver, no fim da longa estrada que se percorreu, o início da estrada que ainda falta percorrer...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jingjing Hu, Yuexia Wang, Xiaoxi Li. Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2020 Aug [cited 2020 Oct 27];50(4):513-22. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=146125641&lang=pt-br&site=ehost-live>
2. Brand S, Pollock K. How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? *J Clin Nurs (John Wiley & Sons, Inc)* [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Oct 27];27(1-2):153-61. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126983955&lang=pt-br&site=ehost-live>
3. Oh EG, Kim JH, Lee HJ. Effects of a safe transition programme for discharged patients with high unmet needs. *J Clin Nurs (John Wiley & Sons, Inc)* [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Oct 27];28(11/12):2319-28. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=136337101&lang=pt-br&site=ehost-live>
4. IMI LLC. CARE- Case Report Guidelines Portland Oregon USA: IMI LLC; 2019 [Available from: <https://www.care-statement.org/writing-a-case-report>].
5. Recommendations for compression therapy for patients with venous ulcers. *EWMA J* [Internet]. 2013 Oct [cited 2020 Oct 27];13(2):41-7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104147503&lang=pt-br&site=ehost-live>
6. DAVIS KM. Continuity of care for people with multimorbidity: the development of a model for a nurse-led care coordination service. *Aust J Adv Nurs* [Internet]. 2020 Sep [cited 2020 Oct 27];37(4):7-19. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=146427044&lang=pt-br&site=ehost-live>
7. Medina-Mirapeix F, Oliveira-Sousa SL, Escolar-Reina P, Sobral-Ferreira M, Lillo-Navarro MC, Collins SM. Continuity of care in hospital rehabilitation services: a qualitative insight from inpatients' experience. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Oct 27];21(2):85-91. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28460715&lang=pt-br&site=ehost-live>
8. Pokojová R, Bártlová S. Effective Communication and Sharing Information at Clinical Handovers. *Central European Journal of Nursing & Midwifery* [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Oct 27];9(4):947-55. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=135835210&lang=pt-br&site=ehost-live>
9. Deravin Carr D. High-Quality Care Transitions Continuity of Care and Safer Promote Discharges. *J N Y State Nurses Assoc* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Oct 27];46(2):4-11. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137830642&lang=pt-br&site=ehost-live>